

Aus der

Psychiatrischen Klinik und Poliklinik

der Freien Universität Berlin

Eschenallee 3

1000 Berlin 19

Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. H. Helmchen

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

an den medizinischen Fachbereichen

der Freien Universität Berlin

Wie beurteilen stationäre Patienten die Therapieangebote
einer psychiatrischen Klinik ?

Vorgelegt von Monika Balz

aus Berlin

1984



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546612_0005

Aus der
Psychiatrischen Klinik und Poliklinik
der Freien Universität Berlin
Eschenallee 3
1000 Berlin 19
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. H. Helmchen

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

Wie beurteilen stationäre Patienten die Therapieangebote
einer psychiatrischen Klinik ?

Vorgelegt von Monika Balz
aus Berlin

Referent : Prof.Dr. med. B. Müller-Oerlinghausen

Korreferent : Prof. Dr. med. W. Greve

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin.

Promoviert am : 23. NOV. 1984

Inhaltsübersicht

	Sei
I <u>Ziel und Fragestellung der Arbeit</u>	5
2 <u>Zur Problematik bei der Meinungsbefragung von Patienten mit Fragebögen</u>	6
2.I Methodik einiger bisher publizierten Befragungen Psychiatrischer Patienten	6
2.2 Methodische Probleme der vorliegenden Untersuchung	13
2.2.1 Die Befangenheit der Patienten	13
2.2.2 Die Abhängigkeit der Antworten von der Zeit und der Situation, in der die Befragung stattfindet	14
2.2.3 Das Problem der verschiedenen Interpretations- möglichkeiten der einzelnen Antworten	14
2.2.4 Die Schwierigkeit der eindeutigen und neutralen Fragenformulierung	15
2.2.5 Die unterschiedlichen Wertmaßstäbe der Patienten	15
3 <u>Angewandte Methodik bei unserer Untersuchung</u>	
3.I Beschreibung der Institution	16
3.I.1 Räumliche Bedingungen in der Klinik	16
3.I.2 Der Personalschlüssel	19
3.I.3 Das Therapieangebot	19
3.I.3.1 Das Konzentrationstraining	20
3.I.3.2 Das Selbstsicherheitstraining	20
3.I.3.3 Die Beschäftigungstherapie	21
3.I.3.4 Das Kochen im Rahmen der ST	22
3.I.3.5 Der Stationskaffee	22
3.I.3.6 Das Stationsgespräch	22
3.I.3.7 Die Krankengymnastik	22

	Seite
3.1.4	Forschungsschwerpunkte 25
3.1.5	Patientenzusammensetzung 25
3.2	Untersuchte Patienten 27
3.2.1	Geschlechterverteilung 27
3.2.2	Altersverteilung 28
3.2.3	Diagnosenverteilung 29
3.2.4	Verteilung auf offene bzw. geschlossene Stationen 31
3.2.5	Aufenthaltsdauer in der Klinik 31
3.2.6	Diagnosenverteilung bei den Geschlechtern 31
3.3	Erstellung des Fragebogens 32
3.4	Befragungsmodus 42
4	<u>Hypothesen</u> 44
5	<u>Auswertungsverfahren</u> 46
6	<u>Ergebnisse</u> 48
6.1	Zahlenmäßige Zusammenstellung der Ergebnisse in Tabellenform 49
6.2	Erläuterung der Ergebnisse 54
6.2.1	Beurteilung des Klinikaufenthaltes allgemein 55
6.2.2	Beurteilung der einzelnen Therapieangebote 57
6.2.2.1	Die Einzelgespräche mit dem Arzt 59
6.2.2.2	Die Einzelgespräche mit dem Psychologen 62
6.2.2.3	Das Stationsgespräch 64
6.2.2.4	Das Konzentrationstraining 64
6.2.2.5	Die Medikamente 65
6.2.2.6	Die Beschäftigungstherapie 66
6.2.2.7	Die Kochgruppe 68

	Se:
6.2.2.8 Die Krankengymnastik	6'
6.2.2.9 Die Allgemeinmedizinische Betreuung	7'
6.2.2.10 Joga / Autogenes Training	7'
6.2.3 Beurteilung der verschiedenen menschlichen Kontakte in der Klinik	7'
6.2.3.1 Die Betreuung durch Sozialarbeiter	7'
6.2.3.2 Der Kontakt mit dem Pflegepersonal	7'
6.2.3.3 Der Kontakt mit dem Arzt	7'
6.2.3.4 Der Kontakt mit dem Psychologen	7'
6.2.3.5 Der Besuch von Freunden und Verwandten	7'
6.2.3.6 Der Kontakt zu den Mitpatienten	7'
6.2.4 Sonstige Gegebenheiten und Angebote in der Klinik	7'
6.2.4.1 Die Visiten / Chefvisiten	8
6.2.4.2 Die Aufklärung über die Erkrankung und über die Medikamente	8
6.2.4.3 Teilnahme am Studentenpraktikum	8
6.2.4.4 Teilnahme an wissenschaftlichen Studien	8
6.2.4.5 Psychologische Testuntersuchungen	8
6.2.4.6 Das routinemäßig abgeleitete EEG	8
6.2.4.7 Das Foto für die Krankengeschichte	9
6.2.4.8 Die festgelegte Tagesordnung	9
6.2.4.9 Das gemeinsame Kaffeetrinken	9
6.2.4.10 Stationsaktivitäten	9
6.2.4.11 Der Sport	9
6.2.4.12 Die Wochenend-Belastungs-Urlaube	9
6.2.4.13 Die Trennung von der häuslichen Umgebung	9
6.2.4.14 Die räumlich bedingte Atmosphäre in der Klinik	9
7 <u>Diskussion</u>	10
7.I Diskussion der Ergebnisse anhand der Hypothesen	10

	Seite
7.2. Vergleich der Ergebnisse der eigenen Untersuchung mit den wichtigsten Ergebnissen aus der Literatur	119
8 <u>Zusammenfassung</u>	125
9 <u>Literaturübersicht</u>	128

I Z I E L U N D F R A G E S T E L L U N G D E R A R B E I T

Zu der Frage, wie psychiatrische Patienten ihren Klinikaufenthalt erleben und wie sie die dort angewandten Therapieformen beurteilen, findet man sowohl bei den Ärzten und dem Pflegepersonal, als auch in der Öffentlichkeit die unterschiedlichsten Vorstellungen.

Es gibt die Ansicht, daß sich Patienten im psychiatrischen Krankenhaus lediglich ruhiggestellt und aufbewahrt fühlen. Weiterhin existieren Vorstellungen, daß psychiatrische Patienten völlig angepaßt und unkritisch, also beurteilungsunfähig sind. Demgegenüber steht die Meinung, daß die Patienten ihren Klinikaufenthalt überwiegend als hilfreich ansehen und sehr wohl in der Lage sind, sich angstfrei, selbstbewußt, kritisch und differenziert zu ihren Erfahrungen in der Klinik äußern.

De Carozzo führte 1968 eine Untersuchung in der psychiatrischen Klinik der FUB durch, die zum Ziel hatte, herauszufinden, welche Einstellung das Klinikpersonal gegenüber "Geisteskranken" hat. Hierbei stellte sich heraus, daß die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht die Einstellung gegenüber den psychisch Kranken signifikant beeinflusst.

So neigen Klinikmitarbeiter der niedrigen Positionen (Küchenpersonal, Stationshilfen) eher dazu, psychiatrische Patienten als völlig anders als Normale anzusehen: "als kontakt- und entscheidungsunfähig, unempfindsam gegenüber anderen, als unberechenbar und gefährlich", während qualifiziertere Mitarbeiter (Ärzte, Psychologen etc.) die Patienten eher als entscheidungsfähige Individuen und als mögliche Kommunikationspartner empfanden.

Zu vergleichbaren Ergebnissen gelangten Bentz et al (1970). Bei ihrer Meinungsbefragung in Nord Carolina behaupteten 70% der Allgemeinbevölkerung und nur 35% der Führungsschicht, daß Psychiatrische Krankenanstalten nötig seien, um die Allgemeinheit vor den Geisteskranken zu schützen. 44% der Allgemeinbevölkerung und nur 12% der Führungsschicht meinten, die Psychiatrischen Krankenhäuser sollten zu diesem Zweck von einer hohen Mauer umgeben sein.

In dem deutschen Nachrichtenmagazin "DER SPIEGEL" - Artikel vom 17.3.80 - wurde die Ansicht von Kunze zitiert, der psychiatrische Klinikpatienten als "bedürfnislos", "unterwürfig" und "sich jedem Reglement fügend" bezeichnet. Weiterhin wurde in diesem Artikel die Aussage des Nervenarztes Drummond wiedergegeben, der der Meinung ist, daß ein kritischer psychiatrischer Patient Sanktionen in Form von intensiveren Behandlungsmaßnahmen zu erwarten habe.

Es wurde in der vorliegenden Untersuchung, die auf einer anonymen Patientenbefragung mit Hilfe von Multiple-Choice-Fragebögen in der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin basiert, die Frage gestellt:

"Wie beurteilen die Patienten ihren Klinikaufenthalt, und wie empfinden sie die einzelnen Therapieformen, Kontakte, Regelungen und Umstände in der Klinik?"

Die Erkenntnisse aus dieser Arbeit könnten dazu beitragen, daß sich Psychiater, Psychologen, Krankenpflegepersonal u.a. bei der therapeutischen, organisatorischen und räumlichen Gestaltung in der Klinik besser auf das Erleben der Patienten einstellen, und Unterschiede in der Bedürfnislage der einzelnen Patientengruppen berücksichtigen.

Es sei betont, daß es bei dieser Arbeit gilt, die subjektive Einschätzung der Patienten zu erfassen. Ziel ist es nicht, herauszufinden, welche Faktoren in der Klinik für die Patienten objektiv hilfreich oder belastend sind.

Das folgende Beispiel verdeutlicht die wichtige Bedeutung dieses Unterschiedes:

Ein therapeutisches Verhalten, das den Charakter von Verwöhnung, Trösten und Bestätigen hat, kann vom Patienten als sehr hilfreich empfunden werden, ohne daß es von entscheidendem therapeutischen Effekt ist, da es ihn nur kurzfristig von seinem Leidensdruck befreit, der ihn möglicherweise zur aktiven Veränderung seiner Situation motiviert hätte. Andererseits kann ein konfliktaufdeckendes Gespräch vom Patienten zunächst als sehr belastend empfunden werden, jedoch längerfristig therapeutisch hilfreich sein.

KEMPER wies bereits 1959 darauf hin, daß bei einer ausschließlich verwöhnenden, nachgebenden Einstellung gegenüber dem Patienten zwar eine vorübergehende angenehme Entspannung entsteht, jedoch auf Kosten therapeutischer Möglichkeiten.

Die Untersuchung soll also eruieren, wie psychiatrische Patienten Therapieangebote, Kontakte und sonstige Begebenheiten während ihres Klinikaufenthaltes subjektiv erleben. Weiterhin interessierte, welchen Einfluß Unterschiede in Alter, Geschlecht und Diagnose auf dieses Erleben haben.

Derartige Untersuchungen sind bislang sowohl in der Bundesrepublik Deutschland, als auch im Ausland nur selten veröffentlicht worden.

Einer der Gründe hierfür dürfte in der Problematik der anwendbaren Untersuchungsinstrumente liegen. (Fragebögen etc.) Deshalb soll aus methodischer Sicht kurz auf einige Arbeiten zu diesem Thema eingegangen werden.

2 Zur Problematik bei der Meinungsbefragung von Patienten mit Fragebögen

2.1 Methodik einiger bisher publizierten Befragungen psychischer Patienten

Von 1972 - 1974 führte Waniek (1977) in der Psychiatrischen Universitätsklinik in Essen eine Untersuchung mit 200 Patienten durch, deren Fragestellung war:

"Welche geschlechts- und diagnosebedingten Unterschiede existieren in der Beurteilung des Therapieangebotes in der Klinik durch die Patienten?"

Die Klinik in Essen hatte zu dem Untersuchungszeitpunkt 3 Stationen. Davon eine halboffene und eine offene.

Der Arzt-Patientenschlüssel betrug 1 : 6.

Der Diagnosenschlüssel war: 36 % schizophrene Patienten
18 % endogen depressive Patienten
4 % Suchtkranke
2 % neurotische Patienten.

Untersuchungsbedingungen waren:

Die an der Befragung teilnehmenden Patienten mußten freiwillig und mindestens 3 Wochen in der Klinik gewesen sein. Hirnorganisch Kranke waren von der Untersuchung ausgeschlossen.

Es wurde folgende Befragungsmethode angewandt:

Am Ende des Klinikaufenthaltes verteilte das Pflegepersonal MC - Fragebögen an die jeweils zu entlassenden Patienten. Geschlecht, Alter, Datum und Dauer ihres Klinikaufenthaltes sollten die Patienten selbst auf den Bögen vermerken.

(Bei diesem Verfahren ist keine absolute Anonymität gewährleistet, denn es besteht die Möglichkeit, daß durch Kombination von Alters-, Geschlechts- und Datenangaben einzelne Personen identifizierbar werden. Dieser Umstand kann bei den befragten Patienten Befangenheit beim Ausfüllen der Antwortformulare auslösen oder verstärken.)

Der Fragebogen setzte sich aus den folgenden 12 Items zusammen:

- 1.) Tagesmedizin
- 2.) Nachtmedizin
- 3.) Gymnastik
- 4.) Werk- und Beschäftigungstherapie
- 5.) Gruppengespräche
- 6.) Gespräche mit den anderen Patienten
- 7.) Gespräche mit dem Arzt
- 8.) Gespräche mit dem Pflegepersonal
- 9.) Wochenendurlaub
- 10.) Besuche von Verwandten und Bekannten
- 11.) Täglicher Ausgang

Die Beurteilung ging von: "hat mir sehr geholfen", "hat mir ziemlich - , etwas , " bis "hat mir nicht geholfen". Außerdem gab es die Möglichkeit, anzukreuzen: "kann ich nicht beurteilen" oder "habe ich nicht bekommen".

La Roche u. Ernst (1975) aus der Psychiatrischen Universität klinik in Zürich führten eine Patienten-Befragung durch mit dem Thema: "Die Psychiatrische Klinikbehandlung im Urteil von 200 Kranken und ihren 15 Ärzten."

Die untersuchten Patienten setzten sich zusammen aus:

- 39 % Schizophrenen
- 26 % Endogen Depressiven
- 3 % Manikern
- 19 % Suchtkranken
- 6 % Persönlichkeitsgestörten
- 7 % Hirnorganikern und Deblen

85 Patienten waren Männer, 115 Patienten waren Frauen. Der Altersaufbau hatte einen Häufigkeitsgipfel bei den 30 - 39-jährigen.

Es wurde folgende Befragungsmethode angewandt:

Eine Woche nach dem Klinikaufenthalt führte ein dem Patient: bisher unbekannter Interviewer, der sich als Mitarbeiter der Klinik vorstellte, ein 20 - 25-minütiges Gespräch mit den

Patienten durch.

Hierbei befragte er sie über ihre Einstellung zum Arzt, zu den Schwestern und Pflegern, zum Therapieangebot (ärztl. Gespräch, Psychopharmaka, Arbeits- und Bewegungstherapie), zum Abteilungs-regime sowie zur Hospitalisierung allgemein.

Im Anschluß an das Interview ordnete der Untersucher auf einem Befundblatt die Antworten der Patienten zu den einzelnen Fragen den Rubriken: "positiv", "intermediär" oder "negativ" zu.

Aus einigen Ergebnissen dieser Untersuchung ließ sich vermuten, daß die Patienten bei der Beantwortung der Fragen befangen waren. (Siehe auch Seite 119)

Diese Befangenheit weitgehend auszuschließen, versuchte Leonard in seiner Arbeit (1973), bei der es hauptsächlich um die Frage ging, ob psychiatrische Patienten die Gesprächstherapie oder die medikamentöse Therapie für sich als hilfreicher empfinden.

Um zu erreichen, daß sich die Patienten bei ihrer Meinungsäußerung unabhängig von der Klinik fühlten, wurden ihnen erst längere Zeit nach der Entlassung Fragebögen brieflich zugesandt.

Anhand eines 2-seitigen Fragenformulars sollten sie 12 stationär angebotene Behandlungsformen (Umgebungswechsel, Kontakt mit den Schwestern, Kontakt mit den Mitpatienten, Einzelgesprächstherapie, Medikamente, Bewegungstherapie, Arbeitstherapie, krankenschwesterliche Betreuung, Gruppentherapie, soziale Betreuung, Psychodrama) 5 Bewertungsmöglichkeiten zuordnen.

Von 199 bei den Patienten angekommenen Briefen kamen nur 96 zurück. Es scheint also nicht zu erwarten zu sein, daß eine Patientenbefragung repräsentative Ergebnisse bringt, sendet man den Patienten erst längere Zeit nach dem Klinik-

aufenthalt Fragebögen zu.

Biermann-Ratjen et al (1977) zeigten allerdings, daß sich dieses Problem auch nicht lösen läßt, indem man die Briefe sofort nach der Entlassung verschickt. Von 164 angeschriebenen Patienten der Hamburger Psychiatrischen Universitätsklinik antworteten 104.

Hierbei ergibt sich das Problem, daß die zurückgesandten Briefe vermutlich von besonders dankbaren und/oder von besonders unzufriedenen Patienten stammen. Damit wäre dann eine Auslese entstanden, so daß die Antworten nicht mehr repräsentativ sind.

Man kann sagen, daß

eine Rückkehrate von 60 % bei Fragebogenaktionen sehr häufig ist. Eine Antwortzahl von 80 % wäre als ein ausgesprochen gutes Ergebnis anzusehen. Man kann hierzu keine konkrete Regel aufstellen, da die Motivation zur Rücksendung der Fragebögen von vielen Faktoren (Art der Patienten, inhaltliche und formale Fragenformulierung, Formwahl, Intervall zwischen Entlassung und Befragung, Dauer des Klinikaufenthaltes etc.) abhängt.

Aus den letzten beiden Arbeiten läßt sich folgern, daß es nicht sinnvoll erscheint, den Einflußfaktor der Befangenheit dadurch zu eliminieren oder zu reduzieren, indem man die Patienten erst nach ihrer Entlassung brieflich befragt, da es ihnen dann an Antwortmotivation mangelt.

Allen und Barton (1976) befragten ihre Patienten erst 3 bis 12 Monate nach der Entlassung. Die Patienten wurden von Interviewern aufgesucht oder, wenn sie in größerer Entfernung wohnten, telefonisch interviewt. Es ist interessant, daß bei dieser Untersuchung, die zu einem Zeitpunkt stattfand, in dem die Patienten einen großen zeitlichen Abstand zu ihrem Klinikaufenthalt hatten, in besonderem Ausmaße auch negative Kritik geäußert wurde. (Siehe Seite 123).

Die durch das Verstreichen von Zeit abgeklungene Befangenheit spielt hierbei sicherlich eine Rolle.

Die Untersuchung von Hornstra et al (1972) verdeutlicht noch einmal die Problematik des Einflusses auf die Antworten durch den Befragungsmodus.

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine Befragung von 611 Patienten aus dem Psychiatrischen Zentrum in Kansas City.

Die Patienten wurden zu Beginn ihres Klinikaufenthaltes gefragt, von welcher Therapieform sie sich am meisten versprechen.

Die Fragen wurden einmal in offener und einmal in Multiple-Choice-Form (MC) gestellt. Hierbei ließ sich erkennen, daß die Fragenformulierung einen erheblichen Einfluß auf die Antwortergebnisse hatte: So äußerten die Patienten bei offener Befragung am häufigsten den Wunsch nach medikamentöser Behandlung, bei MC-Befragung zogen sie die Einzelgesprächstherapie den Medikamenten vor.

2.2 Methodische Probleme der vorliegenden Untersuchung.

2.2.1 Die Befangenheit der Patienten

Aus den oben kurz referierten Studien anderer Autoren und aus unseren eigenen Vorstudien ergibt sich die Schwierigkeit zu erfassen, inwieweit sich ein Psychiatrischer Patient in einer Klinik so unbefangen fühlt, daß er offene, gegebenenfalls auch negative Aussagen über den Arzt, die Schwestern oder die erhaltene Therapie macht.

Selbst wenn die Befragung erst kurz vor der bereits angekündigten Entlassung stattfindet, wie es bei der vorliegenden Untersuchung der Fall war, ist die Möglichkeit zur Befangenheit gegeben, denn gerade Psychiatrisch Erkrankte müssen mit einem Rezidiv, also mit einer Neueinweisung rechnen.⁺ Aber nicht nur die Angst vor möglichen Konsequenzen ihrer Kritik löst bei den Patienten Befangenheit aus, sondern auch die Befürchtung, undankbar gegen den Arzt oder die Schwestern zu sein, oder das Verständnis für die Überlastung des Personals etc.

Andere Ursachen von Befangenheit können sein:

Frühere persönliche Erfahrungen durch vergangene Klinikaufenthalte, Sympathien bzw. Antipathien, oder Vorurteile wie: "Krankenschwestern opfern sich stets für andere Menschen auf", "ein Arzt ist immer ein guter Mensch" usw.

Einem Teil der Befangenheit kann entgegengewirkt werden, indem man die Befragung anonym hält.

Leider bringt eine absolute Anonymität Schwierigkeiten bei der Auswertung nach Alter, Geschlecht und Diagnose mit sich. Werden auf dem Fragebogen Alter, Geschlecht, Diagnose und Aufenthaltsdauer des Patienten vermerkt, so kann sich dieser nicht sicher fühlen, daß die Anonymität gewährleistet bleibt

⁺Schulte und Tölle (1977)

2.2.2 Die Abhängigkeit der Antworten von der Zeit

und Situation, in der die Befragung stattfindet.

Jeder ausgefüllte Fragebogen ist eine Momentaufnahme des Patienten. Das Erleben einzelner Therapieformen, Kontakte und anderer Umstände in der Klinik hängt unter anderem vom Krankheitsstadium ab.

So wird ein depressiver Patient im ausgeprägten Krankheitsstadium anders urteilen, als im gebesserten Zustand oder gar in einer hypomanischen Nachschwankung. Bei Depressiven fließt zusätzlich noch die Stimmungsabhängigkeit von der Tageszeit ein.

Ein wahnhafter Patient wird das, was ihm in der Klinik zuteil wird, anders empfinden, nachdem der paranoide Zustand überstanden ist. Doch auch wenn die Befragung jeweils am Ende der stationären Behandlung stattfindet, also in der Regel nach dem Abklingen der Krankheit bzw. eines Krankheits-schubes, wirkt sich, wie auch beim Gesunden, die durch Tageszeit und Situation beeinflusste Gemütsstimmung auf die Beurteilung des Erlebten aus.

2.2.3 Das Problem der verschiedenen Interpretationsmöglichkeiten der einzelnen Antworten.

Trotz ausführlicher Besprechung mit dem Patienten bei der Aushändigung der Fragebögen lassen sich Verständnisprobleme nicht völlig vermeiden.

Dies soll folgendes Beispiel verdeutlichen:

Beurteilt ein Patient die Beschäftigungstherapie als hilfreich, so kann er damit aussagen wollen, daß er diese Therapieform als solche, oder speziell die in dieser Klinik stattfindende BT für sich als hilfreich ansieht. Er kann aber auch

den Beschäftigungstherapeuten als Person meinen, in seiner menschlichen Art oder seiner fachlichen Qualifikation.

Bei Therapieformen, die in jeder Station von verschiedenen Therapeuten durchgeführt werden, verkompliziert die an der Person festgemachte Antwortinterpretation das Ergebnis.

2.2.4 Die Schwierigkeit der eindeutigen und neutralen

Fragen-Formulierung.

Schon eine Veränderung der Satzstellung und der Wortwahl kann die Weichen zur Beantwortung der Frage verstellen. Auch der Befragungsmodus (MC-Fragen, Fragen in Tabellenform, offene Fragen) vermag die Antwortergebnisse zu verändern.

2.2.5 Die unterschiedlichen Wertmaßstäbe der Patienten.

Das großzügige, bzw. sparsame Umgehen mit extremen Beurteilungen hängt ab von der Persönlichkeits- und Krankheitsstruktur des Patienten, seiner Befangenheit und seiner momentanen Gestimmtheit.

Zusammenfassend ergeben sich zahlreiche Schwierigkeiten, sowohl in der Organisation der Befragung, der Fragenformulierung, der Antwortauswertung, als auch in der Deutung der Ergebnisse.

3 Angewandte Methodik bei unserer Untersuchung

3.I Beschreibung der Institution

3.I.I Räumliche Bedingungen in der Klinik

Die Untersuchung wurde in der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität durchgeführt.

Als die erste Voruntersuchung im Mai 1979 begann, befand sich die Klinik noch in einem relativ kleinen Neubau in der Nußbaumallee.

Die zweite Voruntersuchung und die Hauptuntersuchung fanden im neuen Gebäude in der Eschenallee statt. (Siehe Abb. 1 + 2).

Dieses moderne Klinikgebäude besteht aus 6 Stationen, die sich aufgliedern in 4 Frauen- und 2 Männerstationen. Von diesen ist für beide Geschlechter je eine Station "geschlossen". In jeder Stationseinheit gibt es drei 4-Bett-Zimmer, zwei 2-Bett-Zimmer und ein Einbett-Zimmer. Zu jedem Zimmer gehört ein Toiletten- und ein Waschraum. Pro Station sind ein großer und ein kleinerer Aufenthaltsraum sowie ein Besucherraum vorhanden. Außerdem ist die Eingangshalle des Klinikgebäudes als Kommunikationsraum ausgestattet.

Der großzügig angelegte Beschäftigungstherapiekomplex besteht aus 8 Räumen: (Holzwerkstatt, Metallwerkstatt, Keramikraum, Malraum, Musiziererraum, Gesellschaftsraum und Patientenküche).

Zur sportlichen Bewegung dient eine 208 m² große Gymnastikhalle, Tischtennisräume und das Gartengelände.

Diese räumlichen Bedingungen stellen einen großen Fortschritt gegenüber dem alten Klinikgebäude dar.

Das alte Klinikgebäude bestand nur aus 4 Stationen: Je eine offene und eine geschlossene Station für Männer und Frauen. In den Zimmern waren zumeist 5 Betten, selten nur 2 Betten untergebracht. Es gab lediglich einen Beschäftigungstherapie-

raum mit kleinem Nebenraum. Die kleinere Gymnastikhalle wurde von den Patienten der neurologischen Abteilung mitbenutzt. Auf jeder Station gab es einen Aufenthaltsraum, der gleichzeitig auch als EB- und Besucherraum diente.*

Als Nachteil des neuen Gebäudes gegenüber dem alten könnten die Patienten empfinden, daß in dem sehr "funktionellen" Neubau die Geborgenheit vermittelnde Atmosphäre verlorengegangen ist. Dieser Frage wurde bei unserer Untersuchung auch nachgegangen.

*Diese Informationen wurden entnommen aus Helmchen, H.: Psychiatrische Klinik der Freien Universität Berlin. Fünfjahresbericht 1971 - 1975, herausgegeben von Helmchen, H.

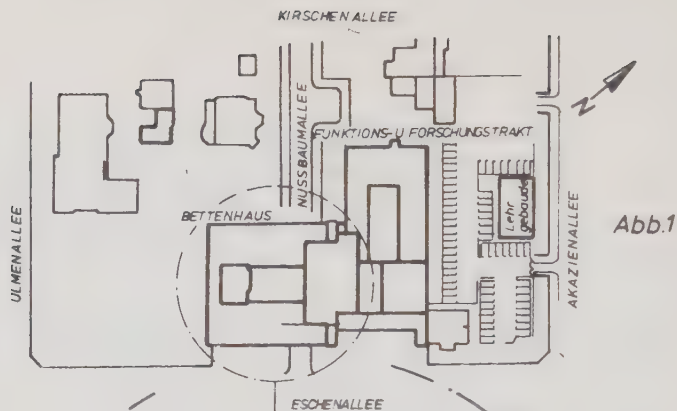


Abb.1

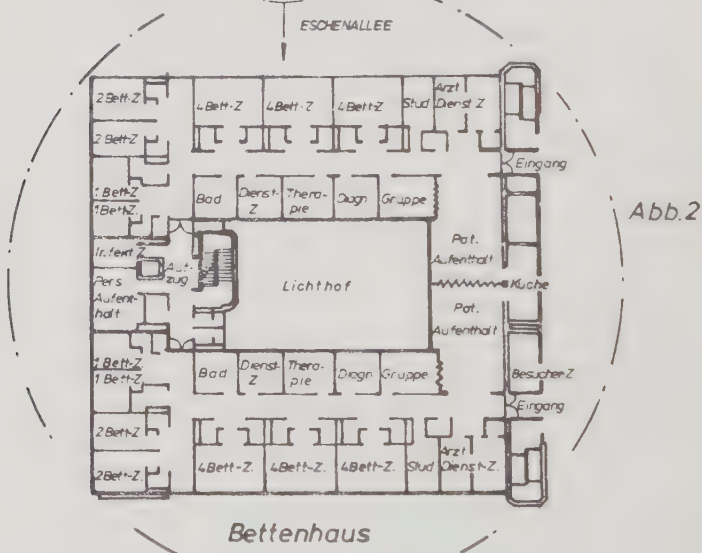


Abb.2

Abb. 1 und 2

Lageplan und Grundriß eines Bettenhauses des Klinikgebäudes in der Eschenallee, in dem die 2. Voruntersuchung und die Hauptuntersuchung stattfinden. (Aus: Helmchen, H.: Psychiatrische Klinik der Freien Universität Berlin, Abt. für Klinische Psychiatrie und Poliklinik. 2. Fünfjahresbericht 1976 - 1980, herausgegeben von Helmchen, H.)

3.1.2 Der Personalschlüssel

Die Klinik hat insgesamt 108 Betten.

Für die stationäre Versorgung der Patienten waren während des Untersuchungszeitraumes 12 Ärzte eingesetzt.

Für je 1 - 2 Stationen waren ein Oberarzt und ein Psychologe zuständig.

In den offenen Stationen mit je 18 Patienten standen insgesamt jeweils 9 - 10 Pflegekräfte, in den geschlossenen Stationen mit ebenfalls je 18 Betten standen 16 Schwestern/Pfleger zur Verfügung.

Es waren 6 Beschäftigungstherapeutinnen, 4 Krankengymnasten/innen und 4 Sozialarbeiter vorhanden.

3.1.3 Das Therapieangebot

Die medikamentöse Therapie hat in dieser Klinik einen sehr großen Stellenwert. Es werden jedoch auch zahlreiche andere Behandlungsformen angeboten, wie Einzelgespräche mit dem Arzt und dem Psychologen, Gruppengesprächstherapie, Selbstsicherheitstraining, Konzentrationstraining, analytische Gruppentherapie, Krankengymnastik und Bewegungstherapie, Soziotherapie und allgemeinmedizinische Behandlung. Auch die Wochenendbelastungsurlaube gehören mit in das Therapieprogramm.

Es wird versucht, durch ein reichhaltiges Therapie- und Beschäftigungsprogramm die Patienten während ihres stationären Aufenthaltes kontinuierlich zu mobilisieren.

Tabelle 1 stellt exemplarisch den Wochenplan der geschlossenen Männerstation dar.

Auf den folgenden Seiten sollen einige in unserer Klinik durchgeführte Behandlungsmethoden näher erläutert werden.

3.1.3.1 Das Konzentrationstraining

Diese Behandlungsform wird in erster Linie bei Schizophrenen Patienten angewandt, die unter Konzentrationsstörungen bewußt leiden, oder die sich einer Wiederaufnahme ihres Berufes aufgrund ihrer Konzentrationsstörungen nicht mehr gewachsen fühlen. Die Eigenmotivation des Patienten ist Voraussetzung für die Verordnung dieser Therapie. Als Grundlage für die Durchführung des Konzentrationstrainings durch die psychologisch-technischen Assistentinnen dient das Trainingsprogramm von Ernst Ott (1973), in dem mit Hilfe von spielerischen Aufgaben, Konzentration, Beobachtungsgabe, Anschauungs-, Zahlen- und sprachgebundenes sowie logisch-analytisches Denken geübt werden. Beim mündlichen Wiedergeben von zum Lesen vorgelegten Zeitungsartikelabschnitten sollen schizophrene Patienten lernen, sich zu konzentrieren und die wesentlichen Informationen des gelesenen Textes herauszufiltern, ohne an unwesentlichen Details hängen-zubleiben. Dies stellt bekanntlich gerade Schizophrene vor große Schwierigkeiten. Neben der objektiven Denkleistungsverbesserung soll das Konzentrationstraining auch das Selbstbewusstsein der Patienten fördern, die durch ihre Krankheit stark verunsichert sind. Eine auf jeden Patienten individuell ausgerichtete Aufgabenauswahl gewährleistet ein von Erfolgserleben begleitetes Üben.

3.1.3.2 Das Selbstsicherheitstraining

Beim Selbstsicherheitstraining soll der Patient üben, seine eigenen Rechte zu vertreten, Komplimente zu geben und anzunehmen, Anforderungen zu stellen und zurückzuweisen, Gespräche anzufangen, fortzusetzen und zu beenden, Zuneigung auszudrücken, persönliche Meinungen, auch bei Nichtübereinstimmung mit anderen Meinungen auszusprechen und gerechtfertigten Ärger zu zeigen. Beim SST wird eine verhaltenstherapeutische Technik angewandt,

bei der jede minimale Veränderung in Richtung auf das Übungsziel sofort verstärkt wird. Im Vordergrund des Übungsprogrammes steht das Training neuer Verhaltensweisen und das Ausprobieren von Alternativen. Hierbei wird zur Unterstützung des Lernvorgangs das Video mit seinen Möglichkeiten der unmittelbaren Rückmeldung eingesetzt.

3.1.3.3 Die Beschäftigungstherapie

Die BT wird von 6 Beschäftigungstherapeutinnen durchgeführt, zum Teil auf den (geschlossenen) Stationen, zum Teil in den außerhalb der Stationen gelegenen BT-Räumen. Auf den geschlossenen Stationen wird sehr viel in Gruppen gearbeitet. Hierbei sollen die unterschiedlichen krankheitsbedingten Antriebs- und Stimmungslagen der einzelnen Patienten in der Gruppe genutzt werden: Beispielsweise stimulieren bzw. bremsen manische und depressive Patienten sich gegenseitig.

Für die Patienten der offenen Stationen findet die BT zumeist in den zentral außerhalb der Stationen gelegenen BT-Räumen statt. Hier wird der Schwerpunkt mehr auf Einzelarbeit, also auf die Förderung von Einzelkreativität gelegt.

Bei der Einzelarbeit werden die Aufgaben nach Diagnosen abgestimmt: So wird zum Beispiel Leistungsanforderung bei Depressiven möglichst vermieden.

Zu den Programmen der BT gehören u.a.: Bildnerisches Gestalten, Töpfern, Weben, Flechten, Holz- und Metallarbeiten, Emaillieren, Schneiden, Schreibmaschinenschreiben, Musizieren, Tischtennis-spielen und das gemeinsame Kochen.

Das gesamte Konzept der Beschäftigungstherapie in der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin wurde von Arnsberg et al (1973) beschrieben.

3.1.3.4 Das Kochen im Rahmen der BT

Am gemeinsamen Kochen nehmen jeweils die Patienten einer Station teil. Die Rezepte werden von den Patienten selbst herangezogen. Die Patienten besorgen die notwendigen Zutaten zum Teil selbst. Das fertige Gericht wird am Schluß gemeinsam verzehrt. Hierzu werden manchmal ein Arzt oder ein/eine Pfleger/Schwester eingeladen.

3.1.3.5 Der Stationskaffee

Einmal wöchentlich finden sich die Patienten, das Pflegepersonal und die Therapeuten einer oder zweier Stationen zum gemeinsamen Kaffeetrinken zusammen. Der Kuchen wird zum Teil von den Patienten selbst gebacken. Beim Stationskaffee sollen die Patienten die Möglichkeit finden, in einer relativ ungezwungenen Atmosphäre, nicht sachbezogene Gespräche zu führen und Kontakte zu knüpfen. Es sollen soziale Verhaltensweisen geübt und das Gemeinschaftsgefühl gefördert werden.

3.1.3.6 Das Stationsgespräch

Das Stationsgespräch hat, im Gegensatz zum Stationskaffee, einen Gruppengesprächstherapiecharakter. Hierbei sollen die Patienten Themen oder Probleme in die Gruppe selbst einbringen und untereinander besprechen. Gruppendynamische Prozesse sind erwünscht und werden vom Therapeuten, der sich im Hintergrund hält und möglichst wenig in das Gespräch eingreift, gefördert. Die Gruppen setzen sich jeweils aus den einem Stationsarzt zugehörigen Patienten, also in der Regel aus 9 Patienten, zusammen.

3.1.3.7 Die Krankengymnastik

Die Krankengymnastin führt zunächst ein Vorgespräch mit jedem

zu behandelnden Patienten. Hierbei versucht sie, ihn zu motivieren, wobei besonders bei Depressiven mit sehr viel Behutsamkeit und Zuwendung vorgegangen werden muß. Läßt sich der Patient beim ersten Mal nicht zur Teilnahme in der Krankengymnastik motivieren, so wird dies in weiteren Gesprächen an darauffolgenden Tagen erneut versucht.

Aus organisatorischen Gründen ist es nicht möglich, für die einzelnen Diagnosen getrennte Behandlungsgruppen einzurichten. Die Gruppen sind nur nach dem Geschlecht getrennt. Trotzdem wird versucht, sich auf jedes Krankheitsbild individuell einzustellen:

Schwer depressive Patienten erhalten anfangs Einzelbehandlung, kommen dann aber auch in die Gruppenbehandlung. Es wird gerade bei den Depressiven darauf geachtet, Leistungsanforderungen zu vermeiden. Die depressiven Patienten sollen langsam aus dem Bett herausgeholt werden, ein positiveres Gefühl für ihren eigenen Körper und ihre vitalen Funktionen erhalten und aktiviert werden. Prinzip hierbei ist das Eingehen auf die gerade bei Depressiven so häufig empfundenen somatischen Beschwerden und die Gabe von körperlicher Zuwendung (u.a. auch in Form von Entspannungstherapie, Atemtherapie und Massage).

Die Ziele der KG bei psychotischen Patienten sind das Abreagieren von körperlicher Unruhe und Spannung durch Bewegung, das Üben von Konzentration, Kontaktförderung durch Partnerübungen sowie das Gewinnen von Vertrauen durch spezielle Gruppenübungen.

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sonnabend
7- 8	Temp/Puls/ RR Frühstück	Temp/Puls/ RR Frühstück	Temp/Puls/ RR Frühstück	Temp/Puls/ RR Frühstück	Temp/Puls/ RR Frühstück	Temp/Puls/ RR Frühstück
8- 9	Sport, Gymnast.od. Spaziergang	Sport, Gymnast.od. Spaziergang	Sport, Gymnast.od. Spaziergang	Sport, Gymnast.od. Spaziergang	Sport, Gymnast.od. Spaziergang	
9-10	Visite B.Th.	Visite B.Th.	Chef-Visite B.Th.	Extremurale Aktivität	Visite B.Th.	B.Th.
10-11						
11-12	Mittag- essen	Gymnastik Mittag- essen	Gymnastik Mittag- essen	Mittag- essen	Gymnastik Mittag- essen	Mittag- essen
12-13	Stations- gruppe			Stations- gruppe		
13-14						Wochenend- Belastungs- Urlaube
14-15	Volleyball, Schwimmen, B.Th.	Kochgruppe	Besuchszeit	Musikgruppe	Kaffee- gruppe	Besuchs- zeit
15-16						
16-17						
17-18	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
18-19	Besuchszeit Besuchszeit Besuchszeit Besuchszeit					
19-22	Eigenaktivität der Patienten: Lesen, Spielen, Tischtennis usw.					

Tab. 1 Wochenplan der Stat. 5 - geschlossene Männerstation
(Aus dem zweiten 5-Jahresbericht der Klinik).
Nicht enthalten sind die zahlreichen gezielten Einzelkontakte
zwischen Therapeuten und Patienten sowie die stützende Präsenz
des Pflegepersonals auch außerhalb der Gruppenaktivitäten.

3.1.4 Forschungsschwerpunkte

Die Psychiatrische Klinik der FU Berlin hat ihre wissenschaftlichen Schwerpunkte in der Psychiatrischen Methodologie, der biologischen Psychiatrie und der klinischen Pharmakologie, in der Verlaufs- und Therapie sowie in der Depressionsforschung.

3.1.5 Patientenzusammensetzung

Da die Klinik keinem Aufnahmezwang unterliegt, unterscheiden sich die in ihr aufgenommenen Patienten in ihren Krankheitsbildern von den Patienten der aufnahmepflichtigen Landeskrankenhäuser. So gibt es in dieser Klinik wenig Suchtkranke und kaum debile Patienten.

Schizophrenien, endogene Depressionen und Neurosen stellen den Hauptanteil der Diagnosen dar.

Die Tabelle 2 gibt Informationen über die Diagnosenverteilung in der Klinik von 1976 bis 1979.

Tab. 2: Diagnosenverteilung in den Jahren 1976 - 1980
in der Abteilung für Klinische Psychiatrie der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin.

Von - insgesamt häufigen (50 %) - Mehrfachdiagnosen wurde hier jeweils nur die erste Diagnose pro Patient berücksichtigt, z.B. nur Alkoholismus (303) bei Delirium tremens (291). Aufgeführt sind nur Prozentsätze über 5 %. Die häufigsten Diagnosen sind hervorgehoben.

(Aus dem zweiten 5-Jahresbericht der Klinik)

Diagnosenverteilung in den Jahren 1976 - 1980

ICD-8		1976		1977		1978		1979		1980	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
290	Demenzen	4	-	6	-	7	-	6	-		
291	Alkoholpsychosen	9	-	8	-	10	-	22	-		
292	Psychosen b.intrakran.Infektionen	1	-	-	-	-	-	-	-		
293	Psychosen b.and.org.Hirnstörungen	11	-	13	-	9	-	10	-		
294	Psychosen b.and.körp.Störungen	9	-	4	-	12	-	9	-		
295	Schizophrenie	195	34,1	183	34,1	214	38,8	229	38,2		
296	Affektive Psychosen	66	11,5	81	15,1	95	17,2	91	15,2		
297	Paranoide Syndrome	22	-	20	-	15	-	13	-		
298	Andere Psychosen	7	-	3	-	7	-	3	-		
299	Nicht näher bez.Psychosen	-	-	-	-	1	-	-	-		
300	Neurosen	122	21,3	112	20,9	98	17,8	123	20,5		
301	Persönlichkeitsstörungen	28	4,9	20	-	16	-	11	-		
302	Sexuelle Verhaltensabweichungen	-	-	-	-	-	-	1	-		
303	Alkoholismus	18)	-	9)	-	18)	-	27)	-		
304	Medikamentenabhängigkeit	23)	7,2	29)	7,1	16)	6,2	7)	5,8		
305	Psychosomatische Störungen	1	-	1	-	1	-	4	-		
306	Besondere Symptome	2	-	-	-	2	-	-	-		
307	Kurzfristige psych.Auffälligkeiten	13	-	5	-	4	-	-	-		
308	Verhaltensstörungen im Kindesalter	-	-	-	-	-	-	1	-		
309	Psych.-Störungen b.körp.Krankheiten	16	-	10	-	9	-	17	-		
310	Oligophrenien	-	-	-	-	-	-	-	-		
311	Leichter Schwachsinn (IQ 52-61)	-	-	-	-	-	-	-	-		
312	Deutlicher Schwachsinn (IQ 36-51)	1	-	-	-	1	-	-	-		
313	Schwerer Schwachsinn (IQ 20-35)	-	-	-	-	-	-	-	-		
314	Hochgradiger Schwachsinn (IQ unter 20)	-	-	2	-	-	-	-	-		
315	Nicht näher best.Schwachsinnsg. ohne Diagnose (z.B. "Irrläufer", nur 1 Tag in der Klinik, usw.)	-	-	-	-	-	-	-	-		
		24	-	30	-	17	-	26	-		
		572	71,8	536	75,7	552	73,8	600	78,4		
Patienten insgesamt		572		536		552		600			
Durchschnittl.Liegedauer in Tagen		42,5		53,0		52,5		44,7			

ab 1.1.1980
Diagnosen
Verschlag
salung und
ICD-9 und
Bazug des
Neubaus
mit verän
derter
Bettenzahl

3.2 Untersuchte Patienten

An der Hauptuntersuchung nahmen alle Patienten teil, die in der Zeit von November 1980 bis Februar 1981 aus der Klinik entlassen wurden.

Von der Untersuchung ausgenommen waren hirnorganisch Kranke, sowie Patienten, deren Klinikaufenthalt weniger als 3 Wochen betrug. Für Hirnorganiker ist die intellektuelle Anforderung, Multiple-Choice-Fragebögen auszufüllen, zu hoch. Patienten mit nur kurzem Klinikaufenthalt konnten das Therapieprogramm in seiner Gesamtheit nicht richtig kennenlernen.

Vor der Hauptuntersuchung wurden 2 Voruntersuchungen über jeweils 4 Wochen im Mai 1979 und im Mai 1980 durchgeführt. Ziel und Methodik dieser Voruntersuchungen siehe unter 3.3 auf Seite 32. Die erste Voruntersuchung fand noch in der alten Klinik statt (siehe Seite 16).

3.2.1 Geschlechterverteilung

Von den 200 untersuchten Patienten waren 65,5 % weiblichen und 34,5 % männlichen Geschlechts.

Wie aus dem Fünfjahresbericht 1976 - 1980 ersichtlich, gab es während des Berichtszeitraumes drei offene und eine geschlossene Frauen- und je eine offene und eine geschlossene Männerstation, wobei jede Station 18 Betten umfaßte. Bei Vollbelegung müßten also unter den Patienten 66,6 % Frauen und 33,3 % Männer sein. Die geringe Abweichung von dieser Verteilung bei unserer Untersuchung könnte darauf zurückzuführen sein, daß während der Befragungsperiode eine offene Frauenstation gerade in eine gemischte Station umgewandelt wurde.

3.2.2 Altersverteilung

Das Durchschnittsalter beträgt $43,5 \pm 16,1$ Jahre (Mittelwert $\pm$ Standardabweichung). Fast die Hälfte der Patienten ist unter 40 Jahre alt. Für die Auswertung der Untersuchungsergebnisse nach dem Geschlecht ist von Bedeutung, daß die weiblichen Patienten einen beträchtlich höheren Altersmittelwert aufweisen als die männlichen:

Bei den Frauen liegt das Durchschnittsalter bei 46,2 Jahren, bei den Männern bei 38,3 Jahren. (Siehe Abb. 3 u. 4)

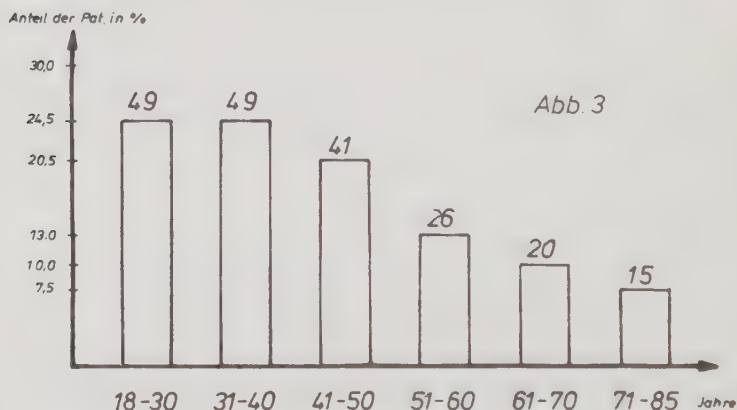


Abb. 3: Prozentuale Altersverteilung der 200 befragten Patienten. Die Zahlen über den Säulen bedeuten jeweils die absolute Anzahl der Patienten.

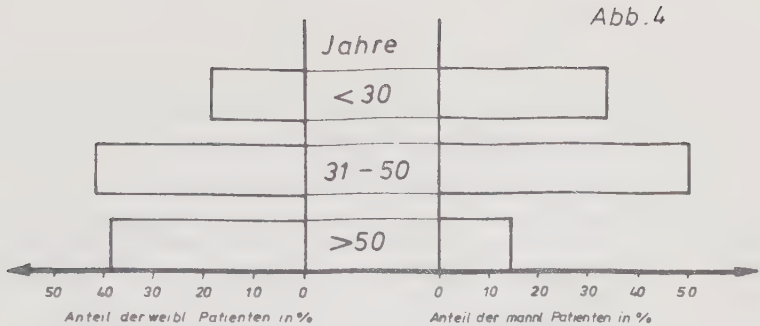


Abb. 4: Geschlechts- und Altersverteilung der 200 Patienten.

3.2.3 Diagnosenverteilung

Die Krankheitsbezeichnungen beziehen sich auf die internationale Klassifikation der Krankheiten der WHO (ICD), 9. Revision. Dregwitz et al (1980) stellten einen Diagnoseschlüssel psychiatrischer Krankheiten zusammen.

Für die Auswertung der Befragungsergebnisse nach Krankheitsbildern zeigten sich nur 3 Diagnosegruppen als relevant:

1. Gruppe (79 Patienten):

- Schizophrene Psychosen, mit Ausnahme der schizoaffektiven Psychosen, und einfache paranoide Psychosen. (ICD-Nr. 295,0-295,6, 295,8, 295,9 und 297,0)

2. Gruppe (49 Patienten):

Bisher nur monopolare endogene Depressionen und endogene Depressionen im Rahmen einer bipolaren Psychose. (ICD-Nr. 296.1 und 296.3)

3. Gruppe (30 Patienten):

Neurosen (ICD-Nr. 300.0 - 300.9)

Die übrigen Diagnosen konnten nicht verwertet werden, da die sie vertretenden Patientengruppen zu klein waren. (Siehe Abb.5)

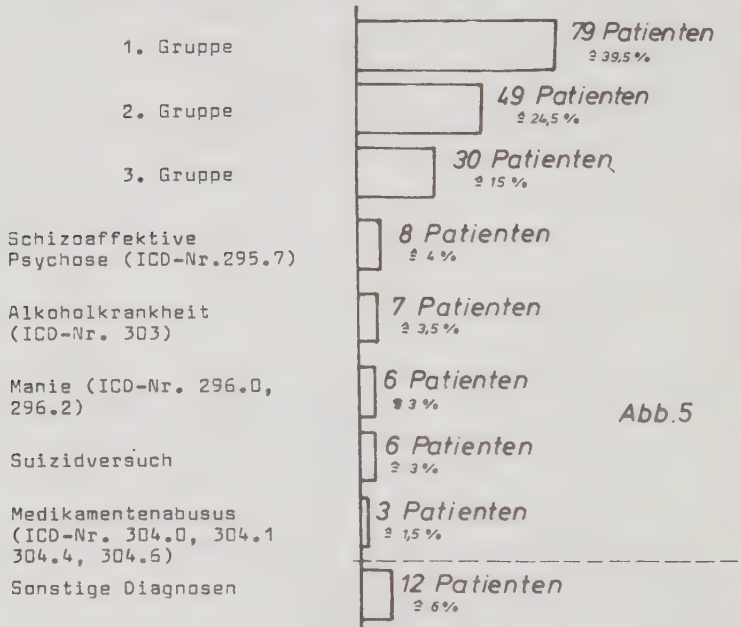


Abb.5

Abb. 5 Diagnosenverteilung der 200 befragten Patienten.

Vergleicht man die Diagnosenverteilung der in unserer Untersuchung befragten Patienten mit der Diagnosenverteilung aller Patienten in der Klinik im Jahre 1979 (siehe Tabelle 2), so stellt man folgende Verschiebungen in der Verteilung fest: Für das Jahr 1979 wurde im 2. Fünfjahresbericht angeführt, daß der Anteil an Neurotischen Patienten 20,5 %, der Anteil an Patienten mit affektiver Psychose 15,2 % betrug, bei unserer Untersuchung nahmen aber die neurotischen Patienten 15 %, die endogen depressiven Patienten 24,5 % ein.

Da unsere Untersuchung in dem relativ kurzen Zeitraum von November bis Februar 1980/81 stattfand, mußte mit einer veränderten Diagnosenverteilung gerechnet werden. Neben dem ausgewählten Zeitraum (Wintermonate) spielt hier wohl auch eine Rolle, daß 1980 der Neubau mit vergrößerter Bettenzahl und angeschlossener Poliklinik bezogen wurde.

3.2.4 Verteilung auf offene bzw. geschlossene Stationen

70 % der befragten Patienten befanden sich auf offenen Stationen
30 % der Patienten befanden sich auf geschlossenen Stationen.
Diese Verteilung ist etwa repräsentativ. Es gibt 4 offene und 2 geschlossene Stationen. Da jede Station die gleiche Bettenzahl hat, ergibt sich ein Verhältnis von 2 : 1. Es müßten also, wenn alle Betten belegt sind, 66 % der Patienten auf einer offenen und 33 % der Patienten auf einer geschlossenen Station sein.

3.2.5 Aufenthaltsdauer in der Klinik

Bei 37 % hatte der Klinikaufenthalt 3 - 6 Wochen gedauert.
Bei 42 % " " " 7 - 11 " "
Bei 21 % dauerte er mehr als 11 Wochen.

3.2.6 Diagnosenverteilung bei den Geschlechtern

Bei den Frauen war die Diagnose "Endogene Depression" (ICD-Nr. 296.1 und 296.3) fast 3x häufiger vertreten als bei den Männern.

Bei den männlichen Patienten war der Anteil an schizophrenen Psychosen bzw. einfachen paranoiden Psychosen höher als bei den weiblichen Patienten. (Siehe Tab. 3)

Tab. 3: Aufschlüsselung der Diagnosenverteilung
nach dem Geschlecht.

ICD-Nr.	Diagnose	Anteil der Männer in %	Anteil der Frauen in %
295.0-295.6 295.8, 295.9 und 297.0	Schizophrenie	53,6 %	32,1 %
295.7	Schizoaffective Psychose	4,3 %	3,8 %
296.1 und 296.3	Endogene Depression	11,6 %	31,3 %
296.0 und 296.2	Manie	7,2 %	0,8 %
300.0 bis 300.9	Neurose	11,6 %	16,8 %
303.	Alkohol- Krankheit	2,9 %	3,8 %
304.0, 304.1 304.4 und 304.6	Medikamenten- Abusus	1,4 %	1,5 %
	Suizidversuch	1,4 %	3,8 %
	sonstige Diagnose	5,8 %	6,1 %

3.3 Erstellung des Fragebogens

Zunächst wurden im Rahmen einer ersten Voruntersuchung 40 Patienten 0 - 4 Tage vor ihrer Entlassung gebeten, sich in offener Form zu der Frage zu äußern, ob und wodurch ihnen in der Klinik geholfen wurde.

Dies sollte Anhaltspunkte darüber liefern, was die Patienten überhaupt als hilfreich im Rahmen des therapeutischen Gesamtangebotes erfahren haben.

Nach einer kurzen Einführung wurde den Patienten ein Formular vorgelegt, mit folgenden 3 Fragen:

- a) war Ihr Aufenthalt hier im Krankenhaus eher hilfreich oder weniger hilfreich?
- b) welche einzelnen therapeutischen Maßnahmen, Kontakte oder sonstigen Gegebenheiten haben Ihnen geholfen?
- c) welche einzelnen therapeutischen Maßnahmen, Kontakte oder sonstigen Gegebenheiten waren weniger hilfreich oder sogar belastend?

Die Punkte, die die 40 Patienten zu diesen Fragen anführten, dienten als Grundlage für die Erstellung eines Multiple-Choice-Fragebogens (MC), der in der zweiten Voruntersuchung (Praktikabilitätstest) an weitere 40 Patienten verteilt wurde.

Mit Hilfe der Ergebnisse der zweiten Voruntersuchung wurden Hypothesen für die Hauptuntersuchung aufgestellt. (Siehe Seite 44)

Außerdem konnte nun der endgültige Fragebogen für die Hauptuntersuchung erstellt werden, indem von den Patienten mißverständene Fragen umformuliert und nicht verwertbare aussortiert wurden. Hierfür wurde auch das Ergebnis von Diskussionen mit allen Assistenten und Oberärzten der Klinik über das Projekt verwertet.

Der Fragebogen enthielt 31 Items mit folgenden Einfachwahlantworten:

- 1 : sehr hilfreich
- 2 : hilfreich
- 3 : weder hilfreich noch belastend
- 4 : belastend
- 5 : sehr belastend

6 : nicht angeboten / teilgenommen

Die den ersten 5 Antwortmöglichkeiten vorangestellten Zahlen

sind als Scores zu betrachten:

Je niedriger die Zahl, desto positiver wurde das Item bewertet.

Um dem Einfluß von Ermüdungserscheinungen der Patienten beim Ausfüllen der 31 MC-Fragen entgegenzuwirken, wurden 2 Fragebogenarten A und B verfaßt, worin die gleichen Items in entgegengesetzter Reihenfolge hintereinandergestellt sind.

Der Fragebogen ist auf Seite 35 - 41 im einzelnen dargestellt.

Muster des verwendeten Fragebogens

Wie schätzen Sie abschließend Ihren Aufenthalt in der Klinik ein?

Bitte kreuzen Sie nur die Antwort an, die Ihrer Einschätzung am ehesten entspricht:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend

Bitte gehen Sie bei den folgenden Fragen vor wie bei der ersten.

1.) Zu Ihrem Tagesablauf in der Klinik gehörten die täglichen Visiten. Diese beurteilen Sie abschließend als:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

2.) Bitte kreuzen Sie an, wie Sie die Chefvisiten empfanden:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

3.) Die allgemeine medizinische Betreuung mit Diagnostik (EKG, Blutentnahmen etc.) empfanden Sie als:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

4.) Die Teilnahme an Stationsausflügen und anderen Außenaktivitäten (z.B. Kino oder Ausstellungsbesuch) betrachten Sie nachträglich als:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

- 5.) Zu Ihrer Behandlung gehörten die Einzelgespräche mit dem Arzt.

Diese beurteilen Sie nachträglich als:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

- 6.) Möglicherweise haben Sie sich für ein Studentenpraktikum / oder Vorlesung zur Verfügung gestellt. Dies war für Sie:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

- 7.) Besuche von Freunden / oder Verwandten erlebten Sie eher als:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

- 8.) Jede Woche fand ein Stationsgespräch statt. Sie erlebten es als:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

- 9.) Zum Tagesprogramm gehörte auch der Sport (Frühssport, Schwimmen usw.). Der Sport war für Sie:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

- 10.) Die ärztliche Aufklärung über Art und Behandlungsmöglichkeit Ihrer Erkrankung betrachten Sie nachträglich als:

☐ sehr hilfreich
☐ hilfreich
☐ weder / noch
☐ belastend
☐ sehr belastend
☐ nicht angeboten / teilgenommen

- 11.) Die Betreuung durch die Sozialarbeiter (z.B. bei Berufs-, Geld- und Wohnungsangelegenheiten) empfanden Sie als:

☐ sehr hilfreich
☐ hilfreich
☐ weder / noch
☐ belastend
☐ sehr belastend
☐ nicht angeboten / teilgenommen

- 12.) Ein Bestandteil der Beschäftigungstherapie ist die Kochgruppe. Diese beurteilen Sie als:

☐ sehr hilfreich
☐ hilfreich
☐ weder / noch
☐ belastend
☐ sehr belastend
☐ nicht angeboten / teilgenommen

- 13.) Jeden Tag hatten Sie Kontakt mit den Schwestern / Pflegern. Dieser Kontakt war für Sie:

☐ sehr hilfreich
☐ hilfreich
☐ weder / noch
☐ belastend
☐ sehr belastend
☐ nicht angeboten / teilgenommen

- 14.) Möglicherweise nahmen Sie an wissenschaftlichen Studien teil. Diese Teilnahme an derartigen Studien erlebten Sie als:

☐ sehr hilfreich
☐ hilfreich
☐ weder / noch
☐ belastend
☐ sehr belastend
☐ nicht angeboten / teilgenommen

15.) Wie beurteilen Sie die Krankengymnastik während Ihres Klinikaufenthaltes?

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

16.) Einmal in der Woche trafen sich alle Patienten der Station zum gemeinsamen Kaffeetrinken. Sie erlebten dies als:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

17.) Ihr Tagesablauf war in der Klinik eingeteilt (z.B. durch festgelegte Tischzeiten, - Besuchszeiten, Tagesprogramm usw.). Das haben Sie empfunden als:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

18.) Den Einfluß der analytischen Gruppentherapie erlebten Sie überwiegend als:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

19.) Zur Beschäftigungstherapie gehört u.a. auch das Basteln und Werken. Das beurteilen Sie abschließend als:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

20.) Die Einzelbehandlung beim Psychologen erschien Ihnen als:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

21.) Bei jedem unserer Patienten wird routinemäßig ein EEG abgeleitet. Diese Untersuchung erlebten Sie eher als:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

22.) Während Ihres Klinikaufenthaltes wurden Sie medikamentös behandelt. Die Medikamente waren für Sie eher:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

23.) Wie beurteilen Sie abschließend den Einfluß der Wochenendurlaube?

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

24.) Zu Beginn Ihres Krankenhausaufenthaltes wurde ein Photo für die Krankengeschichte von Ihnen angefertigt. Dies empfanden Sie als:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

25.) Wie beurteilen Sie abschließend den Einfluß des Konzentrationstrainings?

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

26.) Bei der Schlafentzugstherapie für depressive Patienten wird man eine Nacht lang systematisch durch Beschäftigungen wachgehalten. Diese Behandlungsform war für Sie:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

27.) Die Aufklärung über Wirkungsweise, Nebenwirkungen und Risiken der Ihnen verordneten Medikamente war für Sie:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

28.) Für die Zeit Ihres Klinikaufenthaltes waren Sie von Ihrer häuslichen Umgebung getrennt. Das erlebten Sie als:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

29.) Die im Rahmen der Diagnostik durchgeführten psychologischen Testuntersuchungen empfanden Sie eher als:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

30.) Gespräche und Erlebnisse mit den Mitpatienten waren für Sie insgesamt eher:

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

31.) Wie beurteilen Sie die durch die räumliche Ausstattung bedingte Atmosphäre der Klinik?

- ☐ sehr hilfreich
- ☐ hilfreich
- ☐ weder / noch
- ☐ belastend
- ☐ sehr belastend
- ☐ nicht angeboten / teilgenommen

Vielen Dank für die Beantwortung der obigen Fragen. Bitte seien Sie so freundlich und äußern Sie sich noch zu folgenden zusätzlichen Punkten:

1.) Was wurde Ihnen Ihrer Ansicht nach zu wenig angeboten?

2.) Was haben Sie während Ihres stationären Aufenthaltes gänzlich vermißt?

3.) Bitte führen Sie hier andere Punkte auf, die wir vergessen haben und die Ihnen wichtig erscheinen:

3.4

Befragungsmodus

Es wurden über den Zeitraum von November 1980 bis Februar 1981 alle Patienten, bei denen in den nächsten 3 Tagen die Entlassung bevorstand, befragt. Ausgenommen waren hirnorganisch Kranke und Patienten, deren Klinikaufenthalt weniger als 3 Wochen betrug. (Siehe Seite 27).

Nach einer kurzen Einführung in die Befragung bekamen sie von der Untersucherin, die sich als Doktorandin vorstellte, das Fragenformular und einen Umschlag gereicht, mit der Bitte, das Formular noch vor der Entlassung allein auszufüllen und im geschlossenen Umschlag ohne Namensangabe in die hierfür in jeder Station aufgestellten Briefkästen zu werfen.

Um die Antworten der Patienten später nach Alter, Geschlecht, Diagnose etc. auswerten zu können, wurden die Fragebögen vorher codiert. Die Anonymität blieb jedoch trotzdem gewährleistet, da die Untersucherin, die die Patienten nicht kannte, sämtliche Bögen sofort nach der Auswertung vernichtete.

Den Ärzten und dem Pflegepersonal war der Codierungsmodus nicht bekannt.

Dieses Verfahren ermöglichte eine nach Diagnose, Alter und Geschlecht differenzierte Auswertung, bei Einhaltung der Anonymität.

Letzteres erweist sich unter dem Aspekt der Befangenhheitsproblematik (siehe Seite 13) von notwendiger Bedeutung.

Um die Antwortverluste so klein wie möglich zu halten, wurden die Schwestern und Pfleger gebeten, jeden Patienten noch einmal an seine Fragebogen zu erinnern, kurz bevor er die Klinik verließ.

Die Verteilungsarbeit wurde für die Untersucherin dadurch erschwert, daß gerade gegen Ende der Behandlungszeit die

Patienten vermehrt Ausgang bekommen, um zu lernen, ihre Angelegenheiten draußen selbst zu regeln, und um zu testen, inwieweit sie zu Hause zurechtkommen. So geschah es häufig, daß Patienten von der Untersucherin wiederholte Male nicht angetroffen wurden. 29 entlassene Patienten erhielten keine Fragebögen. Diese Zahl ist zu tolerieren, weil durch die Verluste keine Auslese entstand. Es hing nicht von der Eigenschaft des Patienten, sondern vom Zufall ab, ob er erreicht werden konnte. (Zufallsfaktoren: Der Patient hatte gerade, als die Untersucherin kam, Ausgang und konnte vorher nicht benachrichtigt werden. Die Schwester wußte noch nicht den bereits festgelegten Entlassungstermin. Ein Entlassungsdatum wurde lange diskutiert und dann sehr kurzfristig bestimmt ...).

4. HYPOTHESEN

Die Hypothesen wurden nach der Auswertung der 2. Voruntersuchung aufgestellt. (Siehe Seite 32.)

Da es sich hierbei um eine Befragung von nur 40 Patienten handelte, erschien es nicht sinnvoll, Hypothesen aus den erhaltenen Patientenantworten differenziert nach einzelnen Diagnosen abzuleiten, da sich zu kleine Probandenzahlen ergäben. (Es gab 3 häufig vorkommende und 6 selten auftretende Diagnosen) Auch die Aussagen über Antworttendenzen differenziert nach Alter und Geschlecht konnten nur sehr allgemein gehalten werden.

Hypothese ist hier selbstverständlich nicht in Analogie zur Nullhypothese im statistisch-biometrischen Sinne gemeint. Es wurde vielmehr davon ausgegangen, daß Ergebnissen der Voruntersuchung, die sich in der Hauptuntersuchung wieder replizieren lassen, eine gewisse Relevanz zuzusprechen ist.

Es ergaben sich aus der 2. Voruntersuchung zahlreiche Hinweise, daß die einzelnen Therapieformen, Kontakte und sonstigen Begebenheiten in der Klinik von den einzelnen Patienten unterschiedlich beurteilt werden, und daß die Beurteilung u.a. vom Alter und vom Geschlecht des Patienten beeinflußt wird.

In der Hauptuntersuchung galt es nun, diese Hypothesen, die aufgrund der relativ kleinen Patientenzahlen mit erheblicher Unsicherheit behaftet waren, zu bestätigen oder zu widerlegen.

Folgende Hypothesen wurden aufgestellt:

- ALLGEMEIN
- 1.) Der Klinikaufenthalt allgemein wird von den Patienten überwiegend als hilfreich bzw. sehr hilfreich angesehen.
 - 2.) Frauen beurteilen die allgemeingehaltene Frage zum Klinikaufenthalt positiver als Männer.
 - 3.) Patienten über 50 Jahre beantworten alle Fragen durchschnittlich positiver als jüngere Patienten.
- THERAPIE
- 4.) Die Gesprächstherapien werden hilfreicher empfunden als die medikamentöse, somatische bzw. die Beschäftigungstherapie.
 - 5.) Die Stationsgruppe wird von einem Teil der Patienten als belastend erlebt und erzielt insgesamt im Vergleich zu den anderen Therapieformen ein relativ negatives Ergebnis.
 - 6.) Ältere Patienten bewerten die Medikamente positiver als jüngere.
 - 7.) Die allgemeinmedizinische Betreuung wird von älteren Patienten mehr geschätzt als von jüngeren.
 - 8.) Die Beschäftigungstherapie wird von manchen Patienten als belastend erlebt.
 - 9.) Das Kochen im Rahmen der BT wird von männlichen Patienten als hilfreicher betrachtet.
 - 10.) Die Krankengymnastik wird besonders von Frauen als hilfreich empfunden.
- MENSCHLICHE KONTAKTE
- 11.) Items, die menschliche Kontakte beschreiben, stehen in der Rangliste sehr weit oben.
 - 12.) Viele Patienten erleben den Kontakt mit den Mitpatienten als belastend.
 - 13.) Je jünger der Patient, desto weniger hilfreich wird der Kontakt mit den Mitpatienten erlebt.
 - 14.) Der Kontakt mit dem Pflegepersonal wird bedeutend positiver beurteilt als der Kontakt mit den Mitpatienten. Er rangiert in der Bewertungsskala sehr hoch.
 - 15.) Frauen beurteilen den Kontakt mit den Schwestern und Pflegern weitaus positiver als Männer.

- 16.) Der Sport ist bei jungen Patienten beliebter.
- 17.) Bei den männlichen Patienten ist der Sport beliebter als bei den weiblichen.
- 18.) Die täglichen Visiten werden bedeutend positiver beurteilt als die Chefvisiten, wobei letztere von einem Teil der Patienten als belastend erlebt werden.
- 19.) Weibliche Patienten beurteilen die Chefvisiten positiver als männliche Patienten.
- 20.) Ältere Patienten bewerten die Chefvisite höher als jüngere.
- 21.) Mehr als ein Viertel der Patienten ist der Meinung, nicht über die ihnen verordneten Medikamente aufgeklärt worden zu sein.
- 22.) Frauen werden weniger über ihre Medikamente aufgeklärt.
- 23.) Die ärztliche Aufklärung über die Erkrankung wird insgesamt als hilfreich empfunden.
- 24.) Die Patienten empfinden es zum größten Teil als unangenehm, daß ein Photo für die Krankengeschichte von ihnen angefertigt wird.
- 25.) Je älter der Patient, desto zufriedener ist er mit der räumlichen Atmosphäre in der Klinik.
- 26.) Es gibt Patienten, die sich durch die Besuche ihrer Freunde und Verwandten sowie von den Wochenendurlaubs eher belastet fühlen.

5.

Auswertungsverfahren

Aus den Scores aller 200 Patienten wurde für jedes einzelne Item ein Einzelmittelwert sowie für die durchschnittliche Beurteilung der 29⁺ verwertbaren Items insgesamt ein Gesamtmittelwert errechnet.

Aus den Einzelmittelwerten ergab sich eine Item-Rangskala.

⁺2 Items konnten nicht berücksichtigt werden, da sie zu selten angekreuzt und von vielen Patienten mißverstanden wurden (siehe Seite 57).

Außerdem wurden die 200 Patienten nach Alters- bzw. Diagnosegruppen und nach dem Geschlecht aufgeteilt, um bei jeder Gruppe die Mittelwerte für jedes einzelne Item gesondert zu berechnen und untereinander zu vergleichen. Auch hier wurde ein Gesamtmittelwert für alle 29 Items einer Patientengruppe bestimmt.

Hierbei trat folgendes Problem auf:

Viele Therapieformen werden überwiegend bei spezifischen Erkrankungen angewendet. (So ist beispielsweise das Konzentrationstraining besonders für die Behandlung schizophrener Patienten geeignet.) An einigen Maßnahmen, wie z.B. dem Studentenpraktikum sind nur wenige Patienten beteiligt.

Das hat zur Folge, daß die Fragen hierzu zumeist mit "nicht angeboten, nicht teilgenommen" beantwortet werden.

Die errechneten Mittelwerte sind zumindest für die Diagnose- bzw. Altersgruppen, bei denen die entsprechenden Behandlungsmaßnahmen kaum angewendet werden, nicht relevant.

Läßt man nun die entsprechenden Fragen bei diesen Patientengruppen bei der Auswertung herausfallen, so müßten sie aus allen Patientengruppen herausgenommen werden, da sonst weder die Mittelwerte, noch die sich daraus ergebenden Rangskalen untereinander vergleichbar wären. Dadurch jedoch ginge die Betrachtung vieler interessanter Items verloren. Man müßte sich dann auf Begebenheiten beschränken, die für alle Patienten zutreffen.

Wir haben es deshalb vorgezogen, eine ausführliche und umfassende Beschreibung der Patienteneinstellung zu den Kontakt- und Therapieangeboten sowie den sonstigen Begebenheiten in der Klinik zu geben, auf Kosten der statistischen Exaktheit.

Es wurden deshalb nur 2 Items für die Auswertungen nicht berücksichtigt: "Schlafentzugstherapie" und "Analytische Gruppentherapie" (Begründung siehe Seite 57).

Alle übrigen 29 Items wurden trotz teilweise geringer Anzahl an Patientenbeurteilungen zur Berechnung der Gesamtmittelwerte verwendet und tauchen in den Rangskalen auf. (Siehe Tab. 4-4b).

6

E R G E B N I S S E

Von 223 verteilten Fragebögen wurden 208 ausgefüllt zurückgegeben.⁺ Von diesen waren 200 verwertbar. Die Patienten ließen beim Ausfüllen sehr selten Fragen aus. Auf die Zusatzfragen gingen sie zum Teil sehr ausführlich ein. Von den 26 aus der 2. Voruntersuchung abgeleiteten Hypothesen konnten 20 bestätigt werden.

Es ließen sich zahlreiche Einzelergebnisse aus der Literatur in unserer Untersuchung replizieren.

⁺Dies ist zum großen Teil der Mitarbeit der Schwestern / Pfleger zu verdanken, die die Patienten vor dem endgültigen Verlassen der Klinik noch einmal an die Abgabe der Bögen erinnerten.

6.1 Zahlenmäßige Zusammenstellung der Ergebnisse
in Tabellenform (Tab. 4 -4b).

Erläuterung der Items in den Zahlentabellen der Tabellen 4 - 42

ATMOS, DURCH DIE RÄUMLICHE AUSSTATTUNG BEDINGTE ATMOSPHERE
IN DER KLINIK
MITPAT, KONTAKT MIT DEN MITPATIENTEN
TESTS, PSYCHOLOGISCHE TESTUNTERSUCHUNGEN
TRENNUNG, TRENNUNG VON DER HÄUSLICHEN UMGEBUNG
AUFMED, AUFKLÄRUNG ÜBER DIE MEDIKAMENTE
KONZ, KONZENTRATIONSTRAINING
PHOTO, PHOTO FÜR DIE KRANKENGESCHICHTE
URLAUB, WOCHENENDURLAUBE
MEDIKA, MEDIKAMENTE
EEG, EEG'-ROUTINEUNTERSUCHUNGEN
PSYCHOLO, GESPRÄCH MIT DEN PSYCHOLOGEN
BT, BESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE
ANALYSE, ANALYTISCHE GRUPPENTHERAPIE
ORDNUNG, GEORDNETER TAGSABLAUF IN DER KLINIK
KAFFEE, STATIONSKAFFEE
KRANKENGYM, KRANKENGYMNASTIK
STUDIEN, WISSENSCHAFTLICHE STUDIEN
PFLEGER, KONTAKT MIT DEN SCHWESTERN UND PFLEGERN
KOCHEN, KOCHEN IM RAHMEN DER BT
SOZARE, BETREUUNG DURCH DIE SOZIALARBEITER
AUFERK, AUFKLÄRUNG ÜBER DIE ERKRANKUNG DURCH DEN ARZT
SPORT, SPORT
STATGRUP, STATIONSGESPRÄCH
BESUCHE, BESUCHE VON FREUNDE/VERWANDTEN
STUDENT, TEILNAHME AM STUDENTENPRAKTIKUM
ARZT, EINZELGESPRÄCHE MIT DEM ARZT
AKTIVITY, STATIONSAKTIVITÄTEN, WIE ZUM BEISPIEL STATIONS-AUSFLÜGE
MEDIZIN, KÖRPERLICHE MEDIZINISCHE BETREUUNG
CHEF, CHEFVISITEN
VISITEN, TÄGLICHE VISITEN
ALLGEM, KRANKENHAUSAUFENTHALT ALLGEMEIN

ERGEBNISSE DER UNTERSUCHUNG

Alle Patienten (200)

Rang	Item	Valid Cases	nicht angekreuzt	MEAN	Rang	MEAN	Valid Cases	nicht angekreuzt	nicht angekreuzt	Valid Cases	MEAN	Valid Cases	nicht angekreuzt	nicht angekreuzt
			0					0	angekreuzt	0	angekreuzt		0	angekreuzt
1	Soz. arb.	103	(13 / 84)	1,553	2	1,547	64	(7 / 40)	(1 / 11)	39	1,564	39	(6 / 24)	(2 / 8)
2	Urlaub	178	(3 / 19)	1,601	1	1,529	119	(3 / 19)	(3 / 19)	59	1,746	59	(1 / -)	(1 / -)
3	Pfleger	175	(3 / 2)	1,708	3	1,654	127	(3 / 2)	(3 / 2)	63	1,809	63	(1 / -)	(1 / -)
4	Arzt	183	(2 / 10)	1,750	5	1,743	123	(2 / 10)	(1 / 7)	65	1,754	65	(1 / 3)	(1 / 3)
5	Krankgym.	124	(11 / 65)	1,790	6	1,688	80	(5 / 46)	(5 / 46)	44	1,774	44	(6 / 19)	(6 / 19)
6	Atmos.	170	(1 / -)	1,799	4	1,802	131	(- / -)	(- / -)	68	1,794	68	(1 / -)	(1 / -)
7	Aufz.	168	(7 / 25)	1,851	8	1,835	109	(5 / 17)	(5 / 17)	59	1,881	59	(2 / 8)	(2 / 8)
8	Psycholo.	118	(5 / 77)	1,854	7	1,817	60	(3 / 60)	(3 / 60)	22	1,958	22	(3 / 44)	(3 / 44)
9	Ansch.	186	(3 / 11)	1,882	9	1,866	127	(- / 6)	(- / 6)	59	1,915	59	(3 / 7)	(3 / 7)
10	Aktivität	105	(3 / 12)	1,946	10	1,967	120	(2 / 9)	(2 / 9)	65	1,908	65	(1 / 3)	(1 / 3)
11	Sport	150	(7 / 43)	2,093	11	2,099	91	(6 / 34)	(6 / 34)	59	2,085	59	(1 / 9)	(1 / 9)
12	Visiten	195	(3 / 2)	2,103	13	2,118	127	(2 / 2)	(2 / 2)	68	2,074	68	(1 / -)	(1 / -)
13	Kaffee	195	(1 / 4)	2,108	14	2,127	126	(1 / 4)	(1 / 4)	69	2,072	69	(- / -)	(- / -)
14	Kochen	170	(6 / 24)	2,129	19	2,245	110	(4 / 17)	(4 / 17)	60	1,917	60	(2 / 7)	(2 / 7)
15	Konz.	50	(9 / 14)	2,140	21	2,278	36	(5 / 90)	(5 / 90)	14	1,786	14	(4 / 51)	(4 / 51)
16	Medizin	195	(1 / 4)	2,236	17	2,220	127	(- / 4)	(- / 4)	68	2,265	68	(- / 1)	(- / 1)
17	Ordnung	197	(1 / 2)	2,269	16	2,208	130	(- / 1)	(- / 1)	67	2,388	67	(1 / 1)	(1 / 1)
18	Medika	174	(3 / 23)	2,270	12	2,115	113	(1 / 17)	(1 / 17)	61	2,557	61	(2 / 6)	(2 / 6)
19	Mitrat	197	(2 / 1)	2,310	18	2,233	129	(1 / 1)	(1 / 1)	68	2,557	68	(1 / -)	(1 / -)
20	Aufged	135	(7 / 58)	2,311	15	2,205	83	(5 / 43)	(5 / 43)	52	2,481	52	(2 / 15)	(2 / 15)
21	Studien	31	(22 / 147)	2,355	20	2,250	16	(16 / 99)	(16 / 99)	15	2,467	15	(6 / 48)	(6 / 48)
22	Chef	187	(2 / 11)	2,364	22	2,290	124	(1 / 6)	(1 / 6)	63	2,508	63	(1 / 5)	(1 / 5)
23	OT	173	(3 / 24)	2,387	24	2,351	111	(3 / 17)	(3 / 17)	62	2,452	62	(- / 7)	(- / 7)
24	Student	42	(18 / 140)	2,429	23	2,346	25	(12 / 93)	(12 / 93)	16	2,563	16	(6 / 47)	(6 / 47)
25	CCG	150	(9 / 41)	2,467	27	2,492	100	(6 / 25)	(6 / 25)	50	2,300	50	(3 / 16)	(3 / 16)
26	Tests	118	(5 / 77)	2,492	26	2,532	77	(2 / 52)	(2 / 52)	41	2,415	41	(3 / 25)	(3 / 25)
27	Statist.	183	(8 / 9)	2,596	25	2,492	118	(5 / 8)	(5 / 8)	65	2,785	65	(1 / 1)	(1 / 1)
28	Trennung	196	(4 / -)	2,806	28	2,656	128	(3 / -)	(3 / -)	68	3,088	68	(1 / -)	(1 / -)
29	Photo	168	(7 / 25)	3,274	29	3,336	107	(5 / 19)	(5 / 19)	61	3,164	61	(2 / 6)	(2 / 6)
	ALLGEM	18	(15 / -)	1,730		1,705	122	(- / -)	(- / -)	63	1,776	63	(5 / -)	(5 / -)
	N: Gesamtmittelwert	200		2,168		2,140	131			69	2,211	69		

25

A l t e r

Alle (200 Pat.)					18 - 30 Jahre (49 Pat.)					31 - 50 Jahre (90 Pat.)					51 - 65 Jahre (51 Pat.)				
Rang	Item	MEAN	Valid Cases	nicht angekreuzt 0	Rang	MEAN	Valid Cases	nicht angekreuzt 0	Rang	MEAN	Valid Cases	nicht angekreuzt 0	Rang	MEAN	Valid Cases	nicht angekreuzt 0			
1	Sozarb.	1,667	27	(- / 20)	1	1,667	27	(- / 20)	1	1,565	46	(2 / 42)	1	1,433	30	(9 / 22)			
2	Urlaub	1,644	45	(- / 4)	2	1,644	45	(- / 4)	2	1,605	81	(- / 9)	4	1,558	52	(3 / 4)			
3	Pfleger	1,776	49	(- / 4)	5	1,776	49	(- / 4)	5	1,724	87	(1 / 2)	5	1,627	59	(2 / -)			
4	Arzt	1,918	49	(- / -)	9	1,918	49	(- / -)	4	1,706	85	(1 / 4)	6	1,667	54	(1 / 1)			
5	Krankgym.	1,742	31	(3 / 15)	4	1,742	31	(3 / 15)	8	1,950	60	(1 / 29)	2	1,545	33	(7 / 21)			
6	Atmos.	2,102	49	(- / -)	6	2,102	49	(- / -)	6	1,800	90	(- / -)	3	1,550	60	(1 / -)			
7	Aufwerk.	2,049	41	(2 / 6)	7	2,049	41	(2 / 6)	7	1,865	74	(2 / 14)	7	1,679	53	(3 / 5)			
8	Psycholo.	2,174	20	(1 / 28)	9	2,174	20	(1 / 28)	9	1,975	40	(2 / 48)	8	1,773	22	(3 / 3)			
9	Besuche	1,800	45	(- / 3)	3	1,800	45	(- / 3)	3	1,994	85	(- / 5)	13	1,927	55	(3 / 3)			
10	Aktivität	1,800	45	(- / 4)	10	2,034	87	(- / 3)	10	2,034	87	(- / 3)	12	1,925	55	(3 / 3)			
11	Sport	1,800	40	(- / 9)	14	2,213	75	(- / 14)	14	2,213	75	(- / 14)	24	2,171	35	(5 / 26)			
12	Visiten	2,367	49	(- / -)	11	2,101	89	(- / 1)	11	2,101	89	(- / 1)	9	1,677	57	(3 / 1)			
13	Kaffee	2,167	48	(- / 5)	13	2,170	88	(- / 2)	13	2,170	88	(- / 2)	15	1,966	59	(1 / 1)			
14	Kochen	1,909	44	(- / 30)	16	2,295	78	(2 / 10)	16	2,295	78	(2 / 10)	17	2,063	48	(4 / 43)			
15	Konz.	2,056	18	(1 / 30)	15	2,250	20	(2 / 68)	15	2,250	20	(2 / 68)	18	2,083	12	(1 / -)			
16	Medizin	2,500	48	(- / 1)	17	2,307	88	(- / 2)	17	2,307	88	(- / 2)	11	1,915	59	(1 / -)			
17	Ordnung	2,510	49	(- / 9)	20	2,352	88	(- / 2)	20	2,352	88	(- / 2)	14	1,956	60	(3 / 5)			
18	Medika	2,650	40	(- / 9)	19	2,321	81	(- / 9)	19	2,321	81	(- / 9)	10	1,906	53	(2 / -)			
19	Mitpat	2,204	49	(- / -)	22	2,506	89	(- / 1)	22	2,506	89	(- / 1)	20	2,102	59	(4 / 17)			
20	Aufmed	2,441	34	(2 / 14)	18	2,311	61	(2 / 27)	18	2,311	61	(2 / 27)	25	2,200	40	(14 / 43)			
21	Studien	2,538	13	(1 / 35)	12	2,143	14	(7 / 69)	12	2,143	14	(7 / 69)	27	2,500	4	(2 / 4)			
22	Chef	2,739	46	(- / 3)	21	2,412	85	(- / 5)	21	2,412	85	(- / 5)	16	1,982	56	(2 / 4)			
23	AT	2,326	46	(- / 3)	25	2,550	80	(- / 9)	25	2,550	80	(- / 9)	23	2,170	47	(11 / 31)			
24	Student	2,188	16	(1 / 32)	27	2,933	15	(6 / 69)	27	2,933	15	(6 / 69)	19	2,091	11	(4 / 11)			
25	EEG	2,850	36	(2 / 11)	24	2,517	67	(3 / 20)	24	2,517	67	(3 / 20)	22	2,170	47	(6 / 11)			
26	Test	2,565	33	(- / 16)	26	2,667	54	(1 / 35)	26	2,667	54	(1 / 35)	21	2,129	31	(4 / 11)			
27	Statgrup	2,809	47	(- / 2)	25	2,627	83	(3 / 4)	25	2,627	83	(3 / 4)	26	2,353	53	(5 / 3)			
28	Trennung	2,735	49	(- / -)	28	2,989	89	(1 / -)	28	2,989	89	(1 / -)	28	2,506	59	(3 / -)			
29	Photo	3,333	45	(- / 4)	29	3,276	76	(- / 14)	29	3,276	76	(- / 14)	29	3,213	47	(7 / 1)			
	ALLGEM	1,822	42	(7 / -)		1,955	82	(7 / -)		1,955	82	(7 / -)		1,474	73	(- / -)			
	N Gesamtmittelw.	2,243				2,249				2,249				2,004					
	49				90				61										

VERGLEICH DER UNTERSUCHUNG

Diagnosen

Schizophrenie ('9 Pat.)		Depressive (49 Pat.)		Neurotische (30 Pat.)	
Rang	Item	Rang	Item	Rang	Item
Valid Cases	Valid Cases	Valid Cases	Valid Cases	Valid Cases	Valid Cases
MEAN	MEAN	MEAN	MEAN	MEAN	MEAN
0	0	0	0	0	0
nicht angekreuzt	nicht angekreuzt	nicht angekreuzt	nicht angekreuzt	nicht angekreuzt	nicht angekreuzt
6	6	6	6	6	6
1	Szarrb	1	1,375	5	1,857
2	Urlaub	3	1,548	11	2,000
3	Pflege	5	1,708	2	1,643
4	Arzt	7	1,841	2	1,823
5	Krankgym	4	1,552	7	1,039
6	Atmas	2	1,529	9	1,967
7	Auferk	6	1,762	5	1,980
8	Psycho	9	1,929	3	1,800
9	Besuche	11	2,000	13	2,111
10	Aktivität	17	2,143	12	2,071
11	Sport	20	2,179	10	2,040
12	Visiten	12	2,000	24	2,448
13	Kaffee	14	2,043	14	2,172
14	Kochen	16	2,143	25	2,400
15	Konz	18	1,900	0	1,906
16	Medizin	15	2,083	17	2,296
17	Ordnung	13	2,041	19	2,393
18	Medika	10	1,957	15	2,200
19	Mitpat	21	2,108	22	2,400
20	Aufmed	18	2,152	16	2,200
21	Studien	29	3,200	1	1,500
22	Chief	22	2,196	2	2,963
23	HT	24	2,368	23	2,409
24	Student	25	2,500	21	2,400
25	EEG	23	2,297	18	2,382
26	Test	19	2,160	27	2,962
27	Statatur	26	2,614	20	2,400
28	Trennung	27	2,687	29	3,250
29	Photo	28	3,154		
	ALLGEM		1,467		2,100
	W Gesamtmittelw.		2,112		2,224
	N:	49		30	

6.2

ERLÄUTERUNG DER ERGEBNISSE

6.2.1

Beurteilung des Klinikaufenthaltes allgemein

Die erste Frage des Formulars bezog sich auf die Einschätzung der Patienten zu ihrem Klinikaufenthalt insgesamt. (S. Seite 35)

Hier ergaben sich die im Auswertungsverfahren geschilderten Schwierigkeiten nicht, da diese Frage alle Patienten anging und nicht mit den anderen Fragen verglichen werden konnte. In den Tabellen 4 - 4b ist sie in einer gesonderten Rubrik am Schluß zu finden.

15 Patienten äußerten sich zu dieser Frage nicht. Die Ergebnisse der 185 übrigen Patienten können aus Tab. 5 und Abb. 6 ersehen werden.

Tab. 5: Aufschlüsselung der Patientenantworten zum Klinikaufenthalt allgemein.

Anteil der Antworten in %	Antwort
39,5 %	sehr hilfreich
51,9 %	hilfreich
5,9 %	weder / noch
1,6 %	belastend
1,1 %	sehr belastend

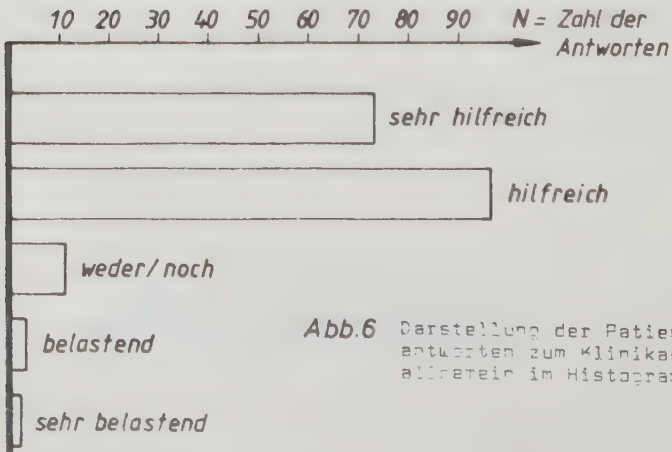


Abb.6 Darstellung der Patientenantworten zum Klinikaufenthalt allgemein im Histogramm.

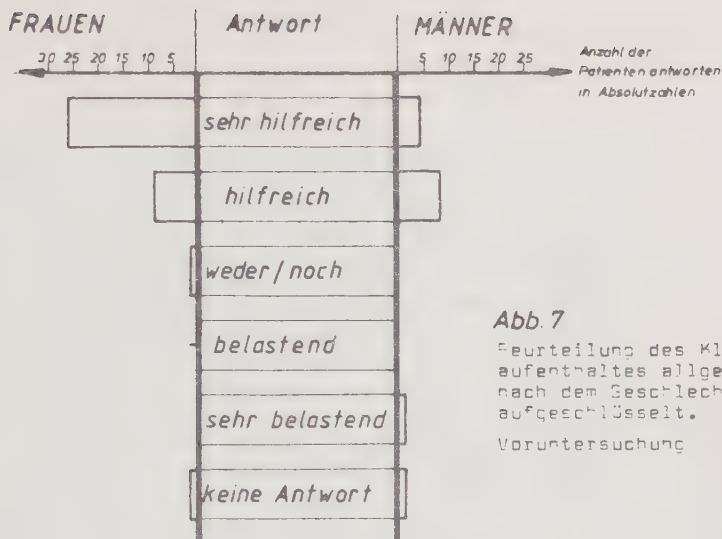


Abb. 7

Beurteilung des Klinik-
aufenthaltes allgemein,
nach dem Geschlecht
aufgeschlüsselt.

Voruntersuchung

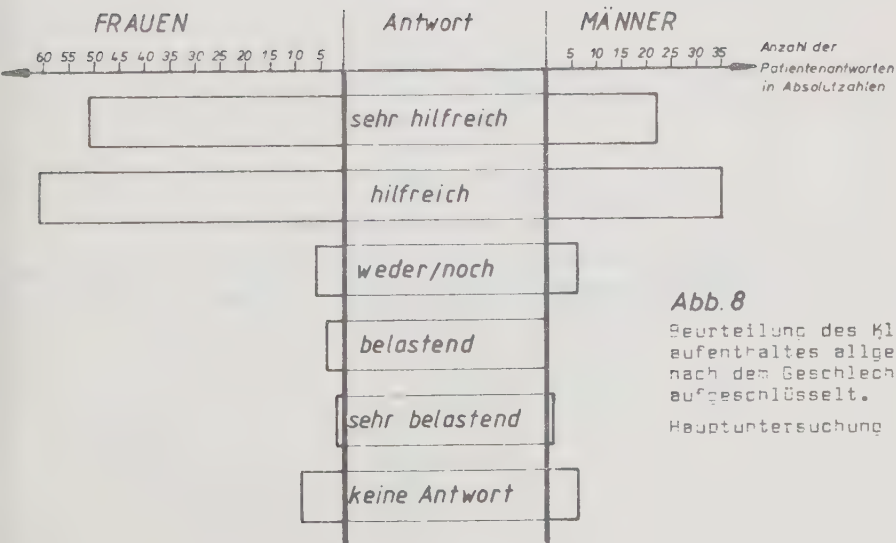


Abb. 8

Beurteilung des Klinik-
aufenthaltes allgemein
nach dem Geschlecht
aufgeschlüsselt.

Hauptuntersuchung

Somit liegt die durchschnittliche Antwort zwischen:
"sehr hilfreich" und "hilfreich", mit einer stärkeren
Tendenz zu "hilfreich".

Schlüsselt man die Beurteilungen dieser allgemein gehaltenen Frage nach den unterschiedlichen Altersstufen auf, so ergibt sich mit zunehmendem Alter eine zunehmend positive Beurteilungstendenz, d.h. die Patienten unter 50 Jahren neigen eher dazu, den Klinikaufenthalt als "hilfreich" zu bezeichnen, während die über 50-jährigen ihn tendenziell eher als "sehr hilfreich" ansehen. (Siehe Tabelle 6):

Tab. 6: Alter des Patienten

Mittelwert für die
allgemein gehaltene Frage

18 - 30 Jahre	1,822
31 - 50 "	1,855
Über 50 "	1,474

Zwischen den Geschlechtern gibt es bezüglich dieser Frage bei der Hauptuntersuchung keine bedeutsamen Beurteilungsunterschiede (bei den Frauen ergab sich ein Antwortdurchschnitt von 1,705, bei den Männern von 1,778). Bei Betrachtung dieser ohnehin geringen Differenz ist zusätzlich noch zu berücksichtigen, daß unter den weiblichen Patienten sehr viele ältere Jahrgänge vertreten waren als bei den männlichen (siehe Abb. 7 + 8).

Erhebliche Unterschiede ergeben sich in der Beantwortung dieser Frage bei den verschiedenen Diagnosen:

Am positivsten wurde der Klinikaufenthalt von den depressiven Patienten beurteilt. Die neurotischen Patienten äußerten sich hierzu am negativsten (siehe Tabelle 7).

Tab. 7: Abhängigkeit der durchschnittlichen Beurteilung des Klinikaufenthaltes allgemein von der Diagnose

Diagnose	Mittelwert für die allgemeingehaltene Frage
Endogene (+ Involutions-)	
Depression	1,467
Schizophrenie	1,775
Neurose	2,100

Es fällt auf, daß die pauschale Beurteilung des Klinikaufenthaltes bei allen Patientengruppen viel positiver ausfällt als die konkrete Beurteilung einzelner Therapieformen, Kontakte und sonstiger Begebenheiten im Krankenhaus. Dies ergibt sich aus dem Vergleich der Mittelwerte für die Aussagen zum Klinikaufenthalt allgemein mit den Gesamtmittelwerten für die 29 Einzelitems (siehe die jeweils letzten beiden Zeilen der Tab. 4 -4b).

Die Beurteilungsunterschiede der verschiedenen Patientengruppen bei den Gesamtmittelwerten aller Einzelitems sind auffällig gering.

Trotzdem korrelieren bei sämtlichen Patientengruppen von der Tendenz her die Mittelwerte der allgemeingehaltenen Frage mit den Mittelwerten der 29 speziellen Fragen.

6.2.2 Beurteilung der einzelnen Therapieangebote

Auf die erste Frage zum Klinikaufenthalt allgemein folgten 31 spezielle Fragen zu Therapieformen, Kontakten und Regelungen in der Klinik.

Aus Abbildung 9 wird ersichtlich, wie die Patienten die einzelnen angebotenen Therapieformen beurteilten.

Nicht auswertbare Items:

Die Schlafentzugstherapie stand mit einem Bewertungsdurchschnitt

BEURTEILUNG DER EINZELNEN THERAPIEFORMEN IN DER KLINIK

	Rang unter den 29 Items	Therapieform	Mittelwert	Bewertung					keine Aussage	nicht angeboten/teilgenommen
				1	2	3	4	5		
1.	4	Einzelgespräche mit dem Arzt	1,750	82	80	17	9	0	2	10
2.	5	Krankengymnastik	1,790	46	61	14	3	0	11	65
3.	8	Einzelgespräche mit dem Psychologen	1,854	29	41	8	3	1	6	112
4.	14	Kochen im Rahmen der BT	2,129	51	71	29	13	6	6	24
5.	15	Konzentrations-training	2,140	15	20	9	5	1	9	141
6.	16	Allgemeinmedizin. Betreuung	2,236	48	78	49	15	5	1	4
7.	18	Medikamente	2,270	52	71	16	22	13	3	23
8.	23	Beschäftigungs-therapie	2,387	32	78	37	16	10	3	24
9.	27	Gruppengespräche auf der Station	2,596	24	64	62	28	5	8	9

Die Bewertungsnummern stehen für

- 1 = sehr hilfreich
- 2 = hilfreich
- 3 = weder hilfreich noch belastend
- 4 = belastend
- 5 = sehr belastend

Die Zahlen über den Säulen, unter "keine Aussage" bzw "nicht angeboten/teilgenommen" drücken die Absolutzahlen der entsprechend urteilenden Patienten aus.

von 2,558 an vorletzter Stelle aller Therapieformen und an 28. Stelle der Items insgesamt. Hierbei ist folgendes zu berücksichtigen:

52 Patienten kreuzten an, Schlafentzugstherapie bekommen zu haben. Hiervon waren 27 depressive Patienten und 25 Patienten mit anderen Diagnosen. Nun waren aber nachweislich mehr als 90 % der tatsächlich mit Schlafentzug behandelten Patienten in unserer Klinik endogen Depressive. Es muß daher angenommen werden, daß der Begriff: "Schlafentzugstherapie" zum Teil mißverstanden wurde. Vermutlich wurde er von einigen Patienten als "Schlaflosigkeit", "Schlafstörung von außen" oder dergleichen gedeutet. Daher mußte er aus der Bewertung herausfallen.

Ebenso von einigen Patienten mißverstanden wurde der Begriff: "Analytische Gruppentherapie". Dies ist aus der Tatsache zu folgern, daß auch 70-jährige depressive Patienten sie beurteilen.⁺ Die Analytische Gruppentherapie, die ansonsten mit einem Bewertungsdurchschnitt von 2,454 an 25. Stelle der gesamten Itemskala gestanden hätte, wurde deshalb auch aus der Bewertung herausgenommen.

6.2.2.1 Die Einzelgespräche mit dem Arzt.

Wie aus Abb. 9 ersichtlich, steht das Einzelgespräch mit dem Arzt bei einem Mittelwert aller 188 sich dazu äussernden Patienten von 1,750 an erster Stelle des gesamten Therapieangebotes und an 4. Stelle der 29 Items.

10 Patienten gaben an, während ihres gesamten Klinikaufenthaltes, der ja mindestens 3 Wochen betragen mußte, keine Einzelgespräche bekommen zu haben. Dies erscheint unwahrscheinlich, da von jedem Patienten eine ausführliche Krankengeschichte angelegt wird, die eine genaue Anamneseerhebung durch den Stationsarzt erfordert.

⁺Die Analytische Gruppentherapie ist eine Gesprächstherapie, die fast ausschließlich bei neurotischen Patienten unter 50 Jahren angewendet wird.

82,2 % der Patienten empfanden die Einzelgespräche mit dem Arzt nachträglich als sehr hilfreich bzw. hilfreich.

9 % beurteilten sie als nutzlos.

4,8 % erlebten sie hauptsächlich als Belastung. Es herrscht also bei den Patienten diesbezüglich ein relativ großer Konsensus.

Zwischen den Geschlechtern gab es zu dieser Frage keine wesentlichen Unterschiede.

Die Gespräche mit dem Arzt werden von Schizophrenen und Neurotikern positiver erlebt als von Depressiven.

Patienten, die jünger als 30 Jahre alt sind, bewerten die Einzelgespräche negativer als die Patienten der mittleren Altersstufe (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Aufschlüsselung der Beurteilung der ärztlichen Gespräche nach Patientengruppen.

Patientengruppe	Rang unter den Therapieformen	Rang unter den 29 Items	Einzelmittelwert ⁺	Gesamtmittelwert ⁺⁺	N = Anzahl Patienten, die Aussagen über Gespräche bekommen zu haben
alle Befragten	1	4	1,750	2,168	188
Frauen	2	5	1,748	2,140	123
Männer	1	3	1,754	2,211	65
Schizophrene	1	3	1,623	2,189	77
Depressive	2	7	1,841	2,112	44
Neurotiker	2	4	1,828	2,224	29
Alter 18 - 30 J.	4	9	1,918	2,243	49
Alter 31 - 50 J.	1	4	1,706	2,249	85
Alter über 50 J.	2	6	1,667	2,004	54

⁺Der Einzelmittelwert ist der durchschnittliche Beurteilungswert von dieser Patientengruppe zu diesem spezifischen Item.

⁺⁺Der Gesamtmittelwert ist der durchschnittliche Beurteilungswert von dieser Patientengruppe zu allen 29 Items. Er sagt etwas über die kritische Einstellung der Patientengruppe zum gesamten Therapieangebot aus.

Man muß stets Einzel- und Gesamtmittelwert in Relation sehen (siehe Seite 46).

Zu den offenen Zusatzfragen (siehe Seite 41) schrieben 20 Patienten, ihnen seien die angebotenen Einzelgespräche mit dem Arzt zu wenig gewesen. In Alter und Geschlecht entsprechen diese Patienten etwa der Gesamtpopulation der Befragten. Bei den Diagnosen ist der Anteil der Neurotiker etwas höher, der der Depressiven niedriger als in der Gesamtpopulation. Nähere Angaben siehe aus Tabelle 9.

Tab. 9 : Patienten, die bei der offenen Zusatzfrage antworteten, sie hätten gerne mehr Einzelgespräche mit dem Arzt gehabt.

Beschreibung des Patienten	Geschlecht	Alter + in Jahren	Diagnose
1	Frauen	30	Schizophrenie
2		30	Neurose
3		40	Schizophrenie
4		40	Schizophrenie
5		40	Depression
6		40	Neurose
7		40	Neurose
8		40	Epilepsie
9		50	Schizophrenie
10		50	Neurose
11		60	Schizophrenie
12		60	Depression
13	Männer	20	Schizoaffective P.
14		30	Schizophrenie
15		40	Schizophrenie
16		40	Schizophrenie
17		40	Schizoaffective P
18		40	Neurose
19		50	Manie
20		50	Schizophrenie

*Die Jahreszahlen wurden nach Dekaden auf bzw. abgerundet, um die Möglichkeit einer Identifizierung einzelner Patienten auszuschließen.

6.2.2.2

Die Einzelgespräche mit dem Psychologen.

Einzelgespräche mit dem Psychologen wurden bedeutend seltener angeboten als Gespräche mit dem Arzt. Finden sie statt, so werden sie als etwas weniger hilfreich angesehen. Mit einer durchschnittlichen Bewertung von 1,854 stehen sie an 3. Stelle des gesamten Therapieangebotes und an 8. Stelle der 29-Item-Rangskala.

Zwischen den Geschlechtern besteht, wie auch bei der Beurteilung der ärztlichen Gespräche, kein signifikanter Unterschied.

Depressive beurteilen sie etwas negativer als Neurotiker und Schizophrene. Diese Aussage ist aufgrund der kleinen Patientenzahlen nicht sehr zuverlässig.

Es ist von Bedeutung, daß besonders junge Patienten die Gespräche mit dem Psychologen als hilfreich erleben.

Die durchschnittliche Bewertung beträgt bei den unter 30-jährigen 1,700. Dies ist ein besseres Ergebnis als das der älteren Patienten, wobei berücksichtigt werden muß, daß der Gesamtwert der über 50-jährigen eigentlich besonders niedrig ist (siehe Tabelle 10).

Man kann also sagen, daß Patienten unter 30 Jahren Gespräche mit dem Psychologen, Patienten über 30 Jahren Gespräche mit dem Arzt als hilfreich empfanden.

Tab. 10: Aufschlüsselung der Beurteilung der Gespräche mit dem Psychologen nach Patientengruppen.

Patientengruppe	Rang unter den Therapieformen	Rang unter den 29 Items	Einzel-mittelwert	Gesamt-mittelwert	N = Zahl der Pat., die angegeben, Gespräche bekommen zu haben
Alle Befragten	3	8	1,851	2,168	82
Frauen	3	7	1,817	2,140	60
Männer	4	11	1,958	2,211	22
Neurotiker	1	4	1,800	2,224	15)
Schizophrene	2	7	1,829	2,189	35) +
Depressive	4	9	1,929	2,112	14)
Alter 18 - 30 J.	1	3	1,700	2,243	20
Alter 31 - 50 J.	3	9	1,950	2,249	40
Alter über 50 J.	3	8	1,773	2,004	22

*Es ergibt sich hierbei nur 1 Zahl von 64, weil die seltener vorkommenden Diagnosen nicht mit einbezogen sind.

9 Patienten, davon 6 Männer, äußerten bei den offenen Zusatzfragen, sie hätten gerne mehr "Psychotherapie" gehabt, wobei sie nicht näher erläuterten, wie sie sich diese Psychotherapie vorstellten (siehe Tabelle 11).

Tab. 11: Patienten, die in der Zusatzfrage antworteten, sie hätten gerne mehr Psychotherapie erhalten.

Patient Nr.	Geschlecht	ungefähres Alter i. Jahren ⁺	Diagnose
1	weiblich	30	Neurose
2	"	50	Schizophrenie
3	"	50	"
4	männlich	20	"
5	"	30	"
6	"	30	"
7	"	30	Neurose
8	"	40	Schizophrenie
9	"	40	Manie

*Die Jahreszahlen wurden auf- bzw. abgerundet, um die Möglichkeit einer Identifizierung einzelner Patienten auszuschließen.

3 Patienten erwähnten zusätzlich, sie hätten gerne an der Analytischen Gruppentherapie teilgenommen. Hierbei handelte es sich um eine 30-jährige schizophrene Frau, eine 40-jährige neurotische Frau und einen 20-jährigen neurotischen Mann.

6.2.2.3

"Das Stationsgespräch"

(Siehe auch Seite 22)

Hierzu äußerten sich 183 Patienten.

Die Gruppengespräche standen bei allen Patienten in der Wertung an letzter Stelle der angebotenen Therapieformen, unabhängig von Alter, Geschlecht und Diagnose.

48 % der Patienten beurteilten sie als hilfreich
bzw. sehr hilfreich.

34 % sahen sie als nutzlos an.

18 % erlebten sie eher als belastend bzw.
sehr belastend.

Eine Patientin äußerte als offene Zusatzantwort, sie hätte sich bei der Gruppentherapie mehr feste ärztliche Führung gewünscht.

3 Patienten, davon 2 neurotische Männer und 1 schizophrene Frau, hätten gerne mehr Gesprächstherapie in kleinen Gruppen gehabt.

6.2.2.4

Das Konzentrationstraining.

(Siehe Seite 20)

Zum Konzentrationstraining machten 150 Patienten keine Aussage.

Es steht an 5. Stelle der 9 ausgewählten Therapieformen und an 15. Stelle der 29 Item-Rangskala. Aufgrund der kleinen Zahlen ist die Betrachtung der Geschlechts-, Alters- und diagnosebedingten Unterschiede nicht sinnvoll.

70 % der Patienten schätzen das Konzentrationstraining
als hilfreich bzw. sehr hilfreich ein.
18 % versprachen sich keine Hilfe davon und
12 % empfanden es eher als belastend bzw. sehr belastend.

6.2.2.5

Die Medikamente.

174 der 200 Patienten bekamen Psychopharmaka.

Die Patienten hielten ihre medikamentöse Therapie im Mittel für weniger hilfreich als die Einzelgespräche mit dem Arzt und dem Psychologen und als das Konzentrationstraining. Allerdings beurteilten sie sie positiver als die Beschäftigungstherapie und die Gruppengesprächstherapie.

Bei Betrachtung des Histogramms in Abb. 9 fällt auf, daß viele Patienten (71 %) die Medikamente als hilfreich bzw. sehr hilfreich und eine relativ große Patientenanzahl (20 %) sie überwiegend als belastend bzw. sehr belastend empfand. Nur sehr wenige (9 %) verspürten durch die Psychopharmaka insgesamt weder positive noch negative Wirkungen.

Eine ähnliche Antwortverteilung ist unter allen 29 Items einzig bei der Frage nach dem Besuch von Freunden und Verwandten zu finden. (Siehe Abb. 10)

Die Beurteilung der medikamentösen Therapie weist eine starke Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Diagnose auf:

Frauen bewerteten die Medikamente positiver als Männer, depressive Patienten empfanden ihre Psychopharmaka hilfreicher als Schizophrenie.

Zu den letzten beiden Aussagen sei nochmals betont, daß Frauen häufiger an einer Depression erkrankt sind, ihre männlichen Mitpatienten hingegen häufiger an einer Schizophrenie.

Die Abhängigkeit der Beurteilung ist besonders deutlich beim Alter ausgeprägt:

Je älter der Patient, als desto hilfreicher schätzt er die medikamentöse Therapie ein. (Siehe Tabelle 12)

Tabelle 12 : Aufschlüsselung der Beurteilung der Medikamente nach Patientengruppen.

Patientengruppe	Rang unter den Therapieformen	Rang unter den 29 Items	Einzel-mittelwert	Gesamt-mittelwert	N
alle Befragten	7	18	2,270	2,168	174
Frauen	4	12	2,115	2,140	113
Männer	8	25	2,557	2,211	61
Alter 18 - 30 J.	8	24	2,650	2,243	40
Alter 31 - 50 J.	7	19	2,321	2,249	81
Alter über 50 J.	4	10	1,906	2,004	53
Depressive	5	10	1,957	2,112	46
Neurotiker	5	18	2,200	2,224	20
Schizophrene	6	21	2,405	2,189	74

Ein junger alkoholkranker Patient äußerte in der offenen Zusatzfrage, es seien zuviele Psychopharmaka verordnet worden.

6.2.2.6 Die Beschäftigungstherapie.

Die Beschäftigungstherapie erzielte bei der Patientenbefragung ein relativ ungünstiges Ergebnis. Mit einem durchschnittlichen Antwortmittelwert von 2,387 steht sie an vorletzter Stelle des gesamten Therapieangebotes und an 23. Stelle in der 29-Item-Rangskala.

Zwischen den Geschlechtern und Diagnosen gab es bei der Beantwortung dieser Frage keine wesentlichen Unterschiede. Es zeigt

sich aber eine schwach ausgeprägte Abhängigkeit der Einschätzung der Beschäftigungstherapie vom Alter:

Bei Patienten unter 30 Jahren ist diese Therapieform beliebter als bei den über 30-jährigen. (Siehe Tabelle 13)

Tab. 13: Aufschlüsselung der Beschäftigungstherapie nach Altersstufen.

Patientengruppe	Rang unter den Therapieformen	Rang unter den 29 Items	Einzel-mittel-wert	Gesamt-mittel-wert	N
alle Befragten	8	23	2,387	2,168	173
Alter 18 - 30 J.	6	17	2,326	2,243	46
Alter über 30 J.	8	23	2,550	2,150	127

Zur Beschäftigungstherapie äußerten sich in der offenen Zusatzfrage sehr viele Patienten.

Ein neurotischer Patient meinte, er hätte gerne in der Beschäftigungstherapie eigenständiger gearbeitet, als es ihm ermöglicht wurde.

3 Patientinnen, davon 2 Depressive und 1 Alkoholranke, fühlten sich zu sehr zur Beschäftigungstherapie "getriezt".

10 Patienten hätten gerne mehr Beschäftigungstherapie gehabt. Besonders an den Wochenenden und nach 17⁰⁰ Uhr. (Siehe Tab. 14)

Tab. 14: Patienten, die in der Zusatzfrage antworteten, gerne mehr Beschäftigungstherapie gehabt zu haben.

Patient	Geschlecht	Alter	Diagnose
1	weiblich	20 Jahre	Drogenabhängigkeit
2	"	40 "	Neurose
3	"	50 "	Schizophrenie
4	"	50 "	Manie
5	"	50 "	Neurose
6	"	70 "	Schizophrenie
7	"	70 "	Depression
8	männlich	20 "	Schizophrenie
9	"	40 "	Neurose
10	"	40 "	Manie

6.2.2.7

Die Kochgruppe

Im Rahmen des Beschäftigungstherapieprogrammes kochten die Patienten einmal in der Woche gemeinsam in Gruppen. Dieses gemeinsame Kochen war bei den Patienten beliebter als das übrige BT-Programm.

Mit einer durchschnittlichen Bewertung von 2,129 stand es an 4. Stelle des gesamten Therapieprogrammes und an 14. Stelle der 29-Item-Rangskala, wobei Frauen das Kochen etwas weniger hilfreich erlebten als Männer.

Die neurotischen Patienten äußerten sich zur Kochgruppe nicht so positiv wie die Depressiven und Schizophrenen.

Patienten unter 30 Jahren waren von der Kochgruppe mehr angetan als ältere Patienten. (Siehe Tabelle 15)

Tab. 15: Aufschlüsselung der Beurteilung der Kochgruppe nach Patientengruppen.

Patientengruppe	Rang unter den Therapieformen	Rang unter den 29 Items	Einzel-mittelwert	Gesamt-mittelwert	N
alle Befragten	4	14	2,129	2,168	170
Frauen	6	7	2,245	2,140	110
Männer	3	10	1,917	2,211	60
Schizophrene	4	13	2,072	2,189	69
Depressive	7	16	2,143	2,112	42
Neurotiker	8	26	2,480	2,224	25
Alter 18 - 30 J.	3	8	1,909	2,243	44
Alter 31 - 50 J.	5	16	2,295	2,249	78
Alter über 50 J.	6	17	2,063	2,004	48

6.2.2.8 Die Krankengymnastik.

Die Krankengymnastik steht mit einer durchschnittlichen Beurteilung von 1,790 an 2. Stelle des Therapieangebotes und an 5. Stelle der 29-Item-Rangskala.

Zwischen dem Alter des Patienten und der Beurteilung der Krankengymnastik war keine nennenswerte Abhängigkeit zu finden.

Weibliche Patienten empfanden die Krankengymnastik hilfreicher als männliche. Hierbei muß jedoch daran erinnert werden, daß Frauen häufiger an einer Depression erkrankten als Männer. Gerade die Depressiven nämlich erlebten die Krankengymnastik als eine besonders große Hilfe. Sie rangiert bei ihnen mit der

durchschnittlichen Bewertung von 1,552 noch vor den Einzelgesprächen mit dem Arzt, an erster Stelle aller angebotenen Therapieformen. (Siehe Tabelle 16)

Tab. 16: Aufschlüsselung der Beurteilung der Krankengymnastik nach Geschlecht und Diagnose.

Patientengruppe	Rang unter den Thera- pieformen	Rang unter den 29 Items	Einzel- mittel- wert	Gesamt- mittel- wert	N
alle Befragten	2	5	1,790	2,168	124
Frauen	1	4	1,688	2,140	80
Männer	5	1	1,977	2,211	44
Depressive	1	4	1,552	2,112	29
Neurotiker	3	8	1,889	2,224	18
Schizophrene	3	9	1,925	2,189	53

6.2.2.9 Die Allgemeinmedizinische Betreuung.

Die Allgemeinmedizinische Betreuung stand mit einem Durchschnittsergebnis von 2,236 an 6. Stelle des Therapieangebotes und an 16. Stelle der 29-Item-Rangskala.

Wie hilfreich die Möglichkeit einer Allgemeinmedizinischen Betreuung gesehen wird, hängt besonders vom Alter des Patienten ab. Je älter der Patient, desto mehr schätzt er es, in der Psychiatrischen Klinik allgemeinmedizinisch betreut zu sein. (Siehe Tabelle 17)

Das Geschlecht und die Diagnose scheinen hierbei keine wesentliche Rolle zu spielen.

Tab. 17: Aufschlüsselung der Beurteilung der Allgemein-
medizinischen Betreuung nach Altersgruppen.

Patientengruppe	Rang unter den Thera- pieformen	Rang unter den 29 Items	Einzel- mittel- wert	Gesamt- mittel- wert	N
alle Befragten	6	16	2,236	2,168	195
Alter 18 - 30 J.	7	20	2,500	2,243	48
Alter 31 - 50 J.	6	17	2,307	2,249	88
Alter über 50 J.	5	11	1,915	2,004	59

6.2.2.10 Yoga / Autogenes Training

7 Patienten (davon 6 weibliche) gaben in den offenen Zusatz-
fragen am Ende des Fragebogens an, sie hätten gerne Yoga oder
autogenes Training als Therapieform gehabt. Es gibt keinen
unbedingt plausiblen Grund, warum das autogene Training in
unserer Klinik nicht angeboten wird. Vermutlich wäre es, wie
die Krankengymnastik, sehr beliebt.

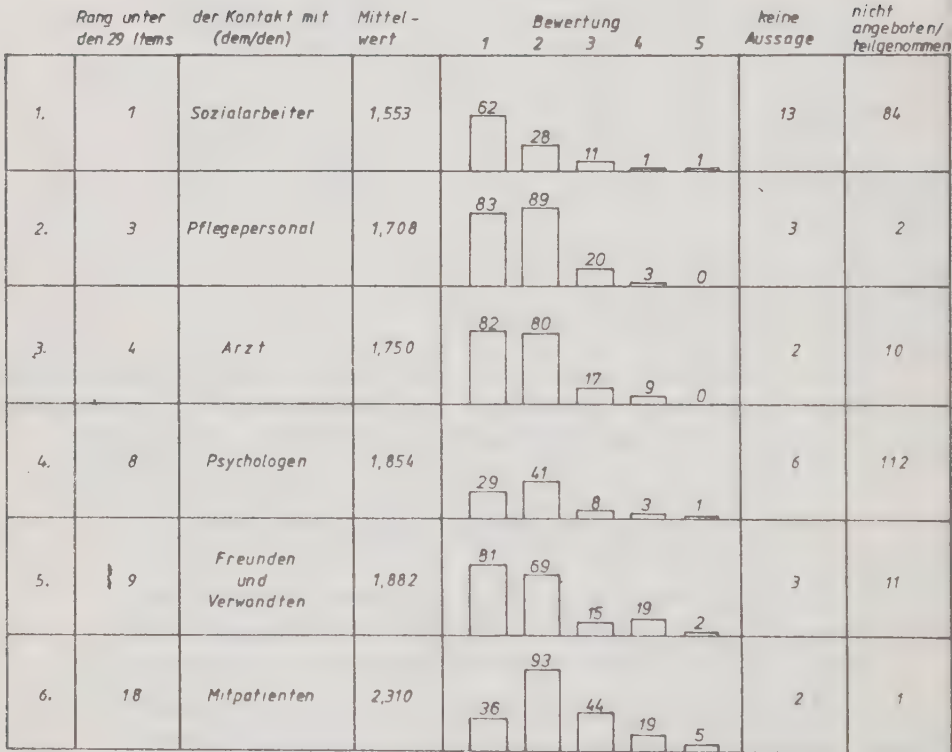
6.2.3 Beurteilung der verschiedenen menschlichen Kontakte in der Klinik.

Es ist von Bedeutung, daß alle Items, die menschliche Kontakte
beschreiben, sehr weit vorne in der Rangliste stehen.

Bis auf den Kontakt mit den Mitpatienten stehen alle Kontakte
im ersten Drittel der Bewertungsskala von 1 - 29.

Siehe Abb.10 .

Abb. 10 Darstellung der Patientenantworten zu den verschiedenen menschlichen Kontakten in der Klinik.



Die Bewertungsnummern stehen für:

- 1 = sehr hilfreich
- 2 = hilfreich
- 3 = weder hilfreich noch belastend
- 4 = belastend
- 5 = sehr belastend

9 Patienten sagten in den offenen Zusatzfragen, daß ihnen Wärme, Liebe, Geborgenheit, Zärtlichkeit und individuelle Zuwendung gefehlt habe. (Siehe Tabelle 18)

Tab. 18: Beschreibung der Patienten, die angaben, Wärme, Liebe, Geborgenheit und individuelle Zuwendung vermißt zu haben.

Beschreibung des Patienten	Geschlecht	Alter	Diagnose
1	weiblich	30 J.	Schizophrenie
2	"	30 J.	Schizoaffektive Psychose
3	"	40 J.	Schizophrenie
4	"	50 J.	Depression
5	männlich	20 J.	Schizophrenie
6	"	20 J.	Neurose
7	"	40 J.	Schizophrenie
8	"	40 J.	Neurose
9	"	40 J.	Schizophrenie

Ein depressiver Patient meinte, er habe sich in der Klinik geborgen gefühlt.

2 Patientinnen aus geschlossenen Stationen (ein Mann, eine Frau) empfanden es als negativ, daß zu wenig Möglichkeiten zum Knüpfen von gegengeschlechtlichen Kontakten gegeben waren.

6.2.3.1 Die Betreuung durch Sozialarbeiter.

Die Betreuung durch Sozialarbeiter wurde von den 103 sich dazu äussernden Patienten als außerordentlich hilfreich bezeichnet. Sie stand in der 29-Item-Rangskala mit einer durchschnittlichen Beurteilung von 1,553 an erster Stelle.

Zwischen den Geschlechtern und den verschiedenen Altersstufen bestehen keine wesentlichen Meinungsunterschiede. Betrachtet man die Aussagen im Zusammenhang mit der Diagnose des Patienten so fallen die Neurotiker durch eine ungünstigere Beurteilung heraus. Da jedoch nur 14 Neurotiker sich zu der Frage äussern, ist ihr Antwortdurchschnitt von 1,857 mit Vorsicht zu betrachten. (Siehe Tabelle 19)

Tab. 19 : Aufschlüsselung der Beurteilung der Betreuung durch Sozialarbeiter nach Patientengruppen.

Patientengruppe	Rang unter den mensch- lichen Kon- takten	Rang unter den 29 Items	Einzel- mittel- wert	Gesamt- mittel- wert	N
alle Befragten	1	1	1,553	2,168	103
Frauen	1	2	1,547	2,140	64
Männer	1	1	1,564	2,211	39
Alter 18 - 30 J.	1	2	1,667	2,243	27
Alter 31 - 50 J.	1	1	1,565	2,249	46
Alter über 50 J.	1	1	1,433	2,004	30
Depressive	1	1	1,375	2,112	24
Schizophrene	1	2	1,575	2,189	40
Neurotiker	4	5	1,857	2,224	14

2 Alkoholkranke und 2 neurotische Patienten führten in der Zusatzfrage am Schluß an, sie hätten mehr "Hilfe zur Meisterung des täglichen Lebens", "Ratschläge für praktische Lösungen von Problemen" und "Unterstützung bei der Arbeitsaufnahme" erwartet.

6.2.3.2 Der Kontakt mit dem Pflegepersonal.

Der Kontakt mit den Schwestern und Pflegern stand mit einer durchschnittlichen Beurteilung von 1,553 an 2. Stelle der angebotenen Kontakte in der Klinik und an 3. Stelle der gesamten 29 Items. Nur 3 Patienten beurteilten den Kontakt mit den Schwestern als belastend. 172 stufte ihn als hilfreich oder sehr hilfreich ein. Zwischen den Altersstufen bestanden keine nennenswerten Unterschiede.

Das Pflegepersonal bekam, im Gegensatz zu den Sozialarbeitern (siehe Tab.19), eine besonders gute Bewertung von den neurotischen Patienten. Man beachte bei der Betrachtung des Einzelmittelwertes hier den Gesamtmittelwert der Neurotiker. (Siehe Tabelle 20).

Tab.20 : Aufschlüsselung der Beurteilung des Kontaktes mit dem Pflegepersonal nach Patientengruppen.

Patientengruppe	Rang unter den mensch- lichen Kon- takten	Rang unter den 29 Items	Einzel- mittel- wert	Gesamt- mittel- wert	N
alle Befragten	2	3	1,553	2,168	195
Frauen	2	3	1,654	2,140	127
Männer	3	6	1,809	2,211	68
Schizophrene	3	4	1,782	2,189	78
Depressive	2	5	1,708	2,112	48
Neurotiker	1	2	1,643	2,224	28

3 junge neurotische Patientinnen gaben in der Zusatzfrage an, zu wenig Kontakt mit den Schwestern bekommen zu haben.

Ein junger schizophrener Patient fühlte sich von den Pflegern nicht verstanden.

6.2.3.3 Der Kontakt mit dem Arzt.

Er stand an 3. Stelle in der Rangskala der angebotenen Kontakte (Siehe Abb. 10). Näheres siehe Seite 59 unter "Beurteilung der einzelnen Therapieformen in der Klinik" / "Die Einzelgespräche mit dem Arzt".

6.2.3.4 Der Kontakt mit dem Psychologen.

Er kam in der Rangskala der angebotenen Kontakte gleich hinter den ärztlichen Kontakten. (Abb. 10). Näheres siehe Seite 62.

6.2.3.5 Der Besuch von Freunden und Verwandten.

186 der 200 befragten Patienten wurden während ihres Klinik-aufenthaltes von Freunden oder Verwandten besucht. Die Besuche standen an vorletzter Stelle der Kontaktmöglichkeiten in der Klinik und an 9. Stelle der 29-Item-Rangskala. (Mittlerer Antwortwert: 1,882). Dabei ist erwähnenswert, daß 21 Patienten (= 11 %) sie als überwiegend belastend bzw. sehr belastend erlebt haben.

Besonders Patienten in der mittleren Altersstufe empfanden den Besuch ihrer Angehörigen als hilfreich.

Schizophrene freuten sich über Besuche mehr als depressive und neurotische Patienten. (Siehe Tabelle 21).

Tab. 21: Aufschlüsselung der Beurteilung der Besuche von
Freunden und Verwandten nach Patientengruppen.

Patientengruppe	Rang unter den mensch- lichen Kon- takten	Rang unter den 29 Items	Einzel- mittel- wert	Gesamt- mittel- wert	N
alle Befragten	5	9	1,882	2,168	186
Frauen } keine we-	5	9	1,817	2,140	127 }
Männer } sentl.Un- terschiede	4	9	1,915	2,211	59 }
Alter 18 - 30 J.	5	14	2,174	2,243	46
Alter 31 - 50 J.	2	3	1,694	2,249	85
Alter über 50 J.	5	13	1,927	2,004	55
Schizophrene	4	6	1,813	2,189	75
Depressive	5	11	2,000	2,112	46
Neurotiker	5	13	2,111	2,224	27

6.2.3.6 Der Kontakt zu den Mitpatienten.

An letzter Stelle der menschlichen Kontakte in der Klinik standen bei beiden Geschlechtern, allen Altersstufen und Diagnosen die Kontakte zu den Mitpatienten. (Durchschnittliche Bewertung: 2,310)

Er ist die einzige Art des Kontaktes, die nicht im ersten Drittel der 29-Item-Rangskala steht.

44 Patienten (= 22 %) bezeichneten ihn weder als hilfreich noch als belastend.

24 Patienten (= 12 %) bezeichneten ihn überwiegend als belastend bzw. sehr belastend.

Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist hier sehr gering

(Frauen empfanden den Kontakt zu den Mitpatienten etwas angenehmer als Männer.)

Patienten im mittleren Alter stuften ihn am tiefsten ein. Auch bei den unterschiedlichen Diagnosen waren die Antwortabweichungen sehr gering. (Siehe Tabelle 22).

Tab. 22: Aufschlüsselung der Beurteilung des Kontaktes zu den Mitpatienten nach Patientengruppen.

Patientengruppe	Rang unter den Kontakten	Rang unter den 29 Items	Einzel-mittelwert	Gesamt-mittelwert	N
alle Befragten	6	18	2,310	2,168	197
Frauen	6	18	2,233	2,140	129
Männer	6	21	2,456	2,211	68
Alter 18 - 30 J.	6	16	2,204	2,243	49
Alter 31 - 50 J.	6	22	2,506	2,249	89
Alter über 50 J.	6	20	2,102	2,004	59
Schizophrene	6	18	2,364	2,189	77
Depressive	6	21	2,188	2,112	48
Neurotiker	6	22	2,400	2,224	30

Es ist zusätzlich interessant zu erfahren, daß Patienten auf geschlossenen Stationen dem Kontakt mit den Mitpatienten eher gleichgültig gegenüberstehen, während die Patienten der offenen Stationen die Konfrontation mit ihnen entweder als hilfreich oder überwiegend als belastend ansehen. (Siehe Abb. 11).

Abb. 11: Nähere Aufschlüsselung des Kontaktes zu den Mitpatienten nach offenen bzw. geschlossenen Stationen.

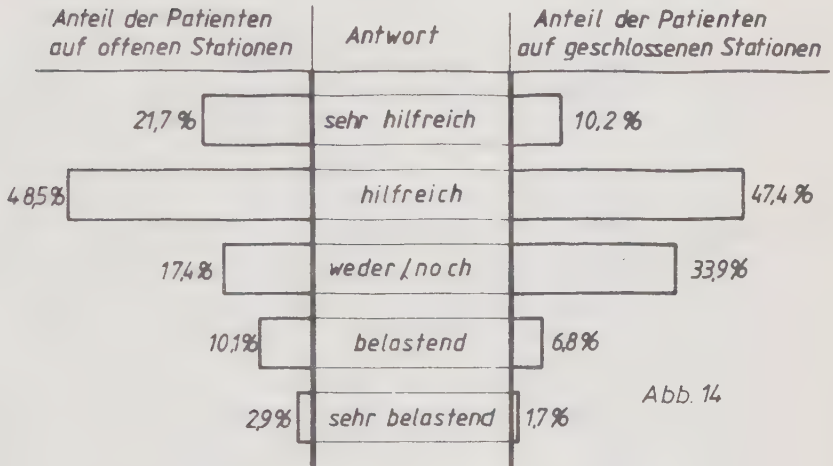


Abb. 14

Eine ältere depressive Patientin meinte bei den Zusatzfragen, man sollte die schwerkranken Patienten von den weniger Kranken trennen, da sonst zuviel Unruhe herrsche.

Eine alkoholkrankte Patientin führte an, sie hätte gerne einen Raum gehabt, in den sie sich zurückziehen könnte.

Der Zusammenhalt unter den Patienten wurde von einer Neurotikerin vermißt.

6.2.4

Sonstige Gegebenheiten und Angebote in der Klinik.

Sicherlich kann man nahezu alle Maßnahmen im Rahmen des stationären Klinikaufenthaltes als "Therapie" bezeichnen.

Wir zogen es aber vor, die von den Patienten wahrscheinlich nicht als Therapie betrachteten Aktivitäten unter "Sonstige Gegebenheiten und Angebote in der Klinik" einzuordnen.

(Siehe auch Abb. 12).

Abb. 12 Sonstige Gegebenheiten und Angebote in der Klinik

	Rang unter den 29 Items	Item	Mittelwert	Bewertung					keine Aussage	nicht angeboten/teilgenommen
				1	2	3	4	5		
1.	12	Visiten	2,103	46	100	34	13	2	3	2
2.	22	Chefvisiten	2,364	41	74	44	19	9	2	11
3.	7	Aufklärung über die Erkrankung	1,851	65	73	21	8	1	7	25
4.	20	Aufklärung über die Medikamente	2,311	28	55	39	8	5	7	58
5.	24	Teilnahme am Studentenpraktikum	2,429	12	11	11	5	3	18	140
6.	21	Teilnahme an wissenschaftlichen Studien	2,355	8	9	10	3	1	22	147
7.	26	psychologische Testuntersuchungen	2,492	19	42	39	16	2	5	77
8.	25	regelmäßiges EEG	2,467	28	47	56	15	4	9	41
9.	29	Photo für die Krankengeschichte	3,274	8	13	47	37	19	7	25
10.	17	Tagesordnung	2,269	31	100	49	16	1	1	2
11.	13	Stationskaffee	2,108	49	90	44	10	2	1	4
12.	10	Stationsaktivitäten	1,946	56	85	23	10	1	3	12
13.	11	Sport	2,093	41	69	29	7	4	7	43
14.	2	Wochenendurlaube	1,601	102	55	11	10	0	3	19
15.	28	Trennung von Zuhause	2,806	36	53	33	51	13	4	0
16.	6	räumlich bedingte Atmosphäre	1,799	78	91	23	6	1	1	0

6.2.4.1 Die Visiten / Chefvisiten.

Die täglichen Visiten wurden bedeutend hilfreicher erlebt als die Chefvisiten.

15 % der sich dazu Äußernden Patienten empfanden die Chefvisiten als Überwiegend belastend bzw. sehr belastend. 23,5 % der Patienten bewerteten sie als weder hilfreich noch belastend.

Die täglichen Visiten wurden nur von 7,5 % der sich dazu Äußernden Patienten als belastend bzw. sehr belastend beurteilt. Nur 17,5 % betrachteten sie als weder hilfreich, noch belastend. Hierbei spielten Geschlechtsunterschiede kaum eine Rolle, wohl aber Alters- und Diagnosenunterschiede. (Siehe Tabelle 23).

Tab.: 23: Aufschlüsselung der Visiten und der Chefvisiten nach Patientengruppen.

Patientengruppe	tägliche Visiten		N	Chefvisiten			N
	Rang unter 29 Items	Einzel-mittelwert		Rang unter 29 Items	Einzel-mittelwert	Gesamt-mittelwert	
alle Befragten	12	2,103	195	22	2,364	2,168	187
Frauen	13	2,118	127	22	2,290	2,140	124
Männer	14	2,074	68	24	2,508	2,211	63
Alter 18 - 30 J.	18	2,367	79	27	2,739	2,243	46
Alter 31 - 50 J.	11	2,101	89	21	2,412	2,249	85
Alter über 50 J.	9	1,877	57	16	1,982	2,004	56
Schizophrene	11	2,026	77	15	2,162	2,189	74
Depressive	12	2,000	48	22	2,196	2,112	46
Neurotiker	24	2,448	29	28	2,963	2,224	27

Je älter der Patient, desto hilfreicher empfand er die Chefvisiten. ,

Patienten unter 30 Jahren beurteilten Chef- und tägliche Visiten am negativsten.

Bei den neurotischen Patienten ist das Antwortergebnis, besonders der Chefvisiten, aber auch der täglichen Visiten extrem ungünstig. Die Chefvisiten stehen hier an vorletzter Stelle aller 29 Items.

Weil die Patientenbeurteilung der Visiten derartig von der Diagnose abhängt, ist eine genauere Aufschlüsselung angezeigt. (Siehe Tabellen 23 und 24 + 24a)

Tab. 24: Beurteilung der Chefvisiten durch Patienten mit entsprechenden Diagnosen.

Antwort:		hilfreich/ sehr hilfreich	weder/ noch	belastend sehr belastend
Diagnose:	Schizophrenie	73 %	17,5 %	9,5 %
	Depression	67,4 %	21,7 %	10,9 %
	Neurose	25,9 %	51,9 %	22,9 %

Tab. 24a: Beurteilung der Visiten durch Patienten mit entsprechenden Diagnosen.

Antwort:		hilfreich/ sehr hilfreich	weder/ noch	belastend sehr belastend
Diagnose:	Schizophrenie	81,8 %	14,3 %	3,9 %
	Depression	79,2 %	14,5 %	6,3 %
	Neurose	51,7 %	34,5 %	13,8 %

51,9 % der sich zu den Chefvisiten Äußernden neurotischen Patienten empfanden sie als weder hilfreich noch belastend. Weitere 22,2 % empfanden sie als belastend bzw. sehr belastend. Nur 25,9 % bezeichneten sie als hilfreich oder sehr hilfreich.

Von den schizophrenen Patienten beurteilten nur 17,6 % die Chefvisiten als weder belastend noch hilfreich und nur 9,5 % als belastend bzw. sehr belastend. 73 % empfanden sie als hilfreich / sehr hilfreich.

Die Werte der Depressiven liegen jeweils zwischen denen der Schizophrenen und denen der Neurotiker.

Bei der Beurteilung der täglichen Visiten sind die Diagnoseunterschiede nicht ganz so stark ausgeprägt.

2 Patientinnen sagten in den Zusatzfragen am Ende des Fragebogens, es habe sie gestört, daß die Visiten einen indiskreten Charakter hatten, da alle Zimmernachbarn mit-hören konnten. Dies habe sie daran gehindert, bei der Visite offen über ihre Probleme zu reden.

6.2.4.2 Aufklärung über die Erkrankung und über die Medikamente.

Die Aufklärung über ihre Erkrankung wurde von den Patienten für hilfreicher gehalten, als die Aufklärung über die medikamentöse Therapie. Sie stand bei einem Gesamtmittelwert von 1,851 an 7. Stelle der 29-Item-Rangskala, während die Aufklärung über die Medikamente mit einer durchschnittlichen Beurteilung von 2,311 dort an 20. Stelle stand.

Zwischen den einzelnen Patientengruppen besteht bei dieser Frage kein erwähnenswerter Meinungsunterschied, bis auf daß ältere Patienten sie etwas positiver beurteilten als jüngere. (Siehe Tabelle 25)

Tab. 25: Aufschlüsselung der Beurteilung der Aufklärung über die Erkrankung und über die Medikamente nach Patientengruppen.

Patientengruppe	<u>Aufklärung über die</u> <u>Erkrankung</u>			<u>Aufklärung über die</u> <u>Medikamente</u>		
	Rang unter den 29 Items	Einzel- mittel- wert	N	Rang unter den 29 Items	Einzel- mittel- wert	Gesamt- mittel- wert
alle Befragten	7	1,851	168	20	2,311	2,168
Frauen	8	1,835	109	15	2,205	2,140
Männer	7	1,881	59	23	2,481	2,211
Alter 18 - 30 J.	11	2,049	41	19	2,441	2,243
Alter 31 - 50 J.	7	1,865	74	18	2,311	2,249
Alter über 50 J.	7	1,679	53	25	2,200	2,004
Schizophrene	8	1,870	65	22	2,426	2,189
Depressive	6	1,762	42	18	2,152	2,112
Neurotiker	6	1,880	25	16	2,200	2,224

Die Aufklärung über die Medikamente wurde von Depressiven positiver bewertet als von Schizophrenen.

Frauen empfanden die Aufklärung über ihre Medikamente hilfreicher als Männer. Sie stehen bei ihnen mit einer durchschnittlichen Beurteilung von 2,205 an 15. Stelle der 29-Item-Rangskala, während sie bei den Männern mit einem durchschnittlichen Bewertungsdurchschnitt von 2,481 an 23. Stelle stehen.

Weibliche Patienten wurden in unserer Untersuchung weniger über ihre Medikamente aufgeklärt als ihre männlichen Mitpatienten.⁺

⁺Es muß allerdings gesagt werden, daß unser Ergebnis statistisch nicht signifikant ist. (Vierfeldertest) Denn der Grenzwert für ²auf dem 1 % Niveau wäre 6,63, auf dem 5 % Niveau 3,84. Bei unserem Ergebnis beträgt aber nur 2,69. Obwohl unser Ergebnis somit statistisch nur als Trend gewertet werden kann, scheint beobachtete Phänomen, daß die Patienten, und vor allem die weiblichen Patienten, nicht, wie man es erwarten sollte, alle über ihre Medikamente aufgeklärt wurden oder daß sie sich zumindest nicht daran erinnern konnten, einer Nachprüfung wert.

Dies läßt sich nicht dadurch erklären, daß sie häufiger an Depressionen litten und daher weniger Neuroleptika bekamen, die bekannterweise viele Nebenwirkungen haben, sondern mehr Thymoleptika. (Siehe Tabelle 26)

Da die Häufigkeit der Aufklärung keinen Zusammenhang mit dem Alter des Patienten aufwies, kann der höhere Altersdurchschnitt der Frauen auch nicht als Erklärung herangezogen werden.

Tab. 26: Die Aufklärung der Patienten über die ihnen verordneten Medikamente in Abhängigkeit von Geschlecht und Diagnose.

	nicht über Medikamente aufgeklärt	N	N	nicht über Medikamente aufgeklärt	
alle befragten Frauen	33 %	131	69	22 %	alle befragten Männer
depressive Frauen	37 %	41	25	24 %	depressive Männer
schizophrene Frauen	24 %	42	41	14 %	schizophrene Männer

(7,5 % dieser Frauen haben keine Medikamente bekommen)

(8,7 % dieser Männer bekamen keine Medikamente)

10 Patienten bemerkten bei den offenen Zusatzfragen, sie hätten eine Aufklärung über ihre Erkrankung und bzw. die Medikamente sehr vermißt.

Es handelte sich hierbei um 8 Frauen und 2 Männer. (Siehe Tabelle 27)

Tab. 27: Die Patienten, die eine Aufklärung über
ihre Erkrankung und bzw. Medikamente vermißt haben:

Beschreibung der Patienten	Geschlecht	Alter	Diagnose
1	weiblich	20 J.	Alkoholkrankheit
2	"	20 J.	"
3	"	30 J.	Schizophrenie
4	"	30 J.	Schizoaffektive Psychose
5	"	30 J.	Neurose
6	"	40 J.	Epilepsie
7	"	50 J.	"
8	"	50 J.	Manie
9	männlich	20 J.	Schizophrenie
10	"	50 J.	Epilepsie

Eine junge neurotische Patientin und ein schizophrener Patient sagten, sie hätten gern einen Einblick in ihre Krankenakte gehabt.

6.2.4.3

Teilnahme am Studentenpraktikum.

42 Patienten gaben an, an einem Studentenpraktikum teilgenommen zu haben. Das Studentenpraktikum stand bei den 29 Items insgesamt an 24. Stelle mit einer durchschnittlichen Bewertung von 2,429, wobei dieser Wert eine breite Streuung aufweist. (Siehe Abb. 12). Eine Aufschlüsselung nach Alter, Geschlecht und Diagnose ist aufgrund der kleinen Patientenzahlen nicht möglich.

6.2.4.4 Teilnahme an wissenschaftlichen Studien.

31 Patienten antworteten, an wissenschaftlichen Studien beteiligt gewesen zu sein. Hierzu muß angemerkt werden, daß mindestens die 147 Patienten, die ankreuzten, nicht an derartigen Studien teilgenommen zu haben, die vorliegende Untersuchung selbst wohl nicht dazu zählten.

In der Rangskala standen die wissenschaftlichen Studien mit einer durchschnittlichen Beurteilung von 2,355 an 21. Stelle. Eine Aufschlüsselung nach Diagnosen und Altersstufen ist aufgrund der kleinen Patientenzahlen nicht sinnvoll.

6.2.4.5 Die Psychologischen Testuntersuchungen.

Sie standen insgesamt mit einer durchschnittlichen Beurteilung von 2,492 an 26. Stelle der 29-Item-Rangskala, waren also nicht sehr positiv von den 118 sich dazuäußernden Patienten eingeschätzt.

Bei der Aufschlüsselung nach den Geschlechtern ergaben sich kaum Unterschiede, wohl aber bei der differenzierten Auswertung nach Alter und Diagnose:

Mit einem Bewertungsdurchschnitt von 2,129 waren die Testuntersuchungen bei den Patienten über 50 Jahren beliebter als bei den jüngeren Patienten.

Neurotische Patienten empfanden psychologische Tests positiver als Schizophrene und Depressive. (Siehe Tabelle 28)

Tab. 28: Aufschlüsselung der Psychologischen Testuntersuchung
nach Patientengruppen.

Patientengruppe	Rang unter den 29 Items	Einzel- mittel- wert	Gesamt- mittel- wert	N
alle Befragten	26	2,492	2,168	118
Alter 18 - 30 J.	23	2,545	2,243	33
Alter 31 - 50 J.	27	2,667	2,249	54
Alter 51 - 85 J.	21	2,129	2,004	31
Schizophrene	26	2,543	2,189	46
Depressive	26	2,682	2,112	25
Neurotiker	19	2,160	2,224	22

6.2.4.6

Das routinemäßig abgeleitete EEG.

41 Patienten kreuzten an, daß bei ihnen kein EEG abgeleitet wurde. Bei den 150 sich zum EEG äußernden Patienten erreichte es ein durchschnittliches Bewertungsergebnis von 2,467 und stand damit in der Rangskala gleich hinter den Psychologischen Testuntersuchungen.

Frauen erlebten das EEG negativer als Männer, jüngere Patienten negativer als ältere Patienten, Schizophrene negativer als Depressive und Neurotiker. (Siehe Tabelle 29)

Tab. 29: Aufschlüsselung des EEG nach Patientengruppen.

Patientengruppe	Rang unter den 29 Items	Einzel- mittel- wert	Gesamt- mittel- wert	N
alle Befragten	25	2,467	2,168	150
Frauen	27	2,550	2,140	100
Männer	17	2,300	2,211	50
Alter 18 - 30 J.	25	2,650	2,243	36
Alter 31 - 50 J.	24	2,567	2,249	67
Alter über 50 J.	22	2,170	2,004	47
Schizophrene	27	2,565	2,189	62
Depressive	23	2,297	2,112	37
Neurotiker	18	2,389	2,224	18

6.2.4.7 Das Foto für die Krankengeschichte.

Jeder Patient wurde zu Beginn seines Klinikaufenthaltes fotografiert. Das Foto wurde in die Krankengeschichte eingeklebt.

33,3 % der Patienten beurteilten diese Maßnahme als überwiegend belastend oder sehr belastend, 54,2 % als neutral, 12,5 % als hilfreich oder sehr hilfreich.

Der Bewertungsdurchschnitt betrug: 3,274. Er lag bei beiden Geschlechtern, allen Altersstufen und den 3 Diagnosen über 3,1 und an letzter bzw. vorletzter Stelle der 29-Item-Rangskala.

6.2.4.8 Die festgelegte Tagesordnung.

Die Tagesordnung stand mit einer durchschnittlichen Beurteilung von 2,269 in Rang 17.

Nur 8,6 % der sich dazu äussernden Patienten empfanden sie als belastend bzw. sehr belastend. ("sehr belastend" trifft nur für 1 Patienten zu). Das Erleben der Tagesordnung hing nicht wesentlich davon ab, ob sich der Patient in einer offenen oder in einer geschlossenen Station befand.

Auffällig ist, daß der geregelte Tagesablauf als umso hilfreicher empfunden wurde, je älter der Patient war. Schizophrene Patienten erlebten die Regelung des Tagesablaufes weniger hilfreich als Depressive.

Die geringen geschlechtsspezifischen Antwortunterschiede (das Urteil der Frauen war etwas positiver als das der Männer) können wegen des ohnehin etwas negativeren Gesamtmittelwertes der männlichen Patienten außer acht gelassen werden. (Siehe Tabelle 30)

Tab. 30: Aufschlüsselung der Tagesordnung nach Patientengruppen.

Patientengruppe	Rang unter den 29 Items	Einzel- mittel- wert	Gesamt- mittel- wert	N
alle Befragten	17	2,269	2,168	197
Frauen	16	2,208	2,140	130
Männer	18	2,388	2,211	67
Alter 18 - 30 J.	21	2,510	2,243	49
Alter 31 - 50 J.	20	2,352	2,249	88
Alter über 50 J.	14	1,956	2,004	60
Schizophrene	21	2,418	2,189	79
Depressive	13	2,041	2,112	48
Neurotiker	19	2,393	2,224	28

Eine Patientin auf der geschlossenen Frauenstation gab bei den offenen Zusatzfragen an, sie habe die Regelungen der Ausgangs- und Urlaubszeiten in der Klinik als sehr großzügig empfunden.

Eine schizophrene Patientin aus der gleichen Station erwähnte extra zusätzlich, sie habe es als angenehm erlebt, nicht bevormundet zu werden.

Eine reaktiv depressive Patientin und 2 neurotische Patienten aus den offenen Stationen meinten abschließend, daß sie sich in der Klinik zu sehr bevormundet fühlten.

6.2.4.9

Das gemeinsame Kaffeetrinken.

Das allwöchentlich stattfindende Kaffeetrinken auf der Station wurde von den Patienten mit einem Durchschnitt von 2,108 insgesamt als recht positiv bewertet.

Es stand an 13. Stelle der 29-Item-Rangskala.

Die Unterschiede bei den Geschlechtern, Altersstufen und Diagnosen waren zu gering, als daß man Schlüsse daraus ziehen könnte.

6.2.4.10 Stationsaktivitäten.

Sie standen mit einem durchschnittlichen Bewertungsergebnis von 2,108 an 10. Stelle der 29-Item-Rangskala. Beide Geschlechter waren sich in dieser Frage einig.

Interessant sind die Unterschiede bei den Altersstufen: Patienten unter 30 Jahren beurteilten die Stationsaktivitäten am positivsten. (Siehe Tabelle 31). Bei den Diagnoseunterschieden lohnt sich eine nähere Aufschlüsselung. (Siehe Tab. 3) Am hilfreichsten werden die gemeinsamen Unternehmungen der Station von den schizophrenen Patienten erlebt.

Bei ihnen stehen sie mit einem Durchschnitt von 1,789 an 5. Stelle der Rangskala.

86 % der sich dazu Äußernden Schizophrenen beurteilten sie als hilfreich bzw. sehr hilfreich, kein einziger als belastend oder gar sehr belastend. Sowohl einige Depressive als auch einige neurotische Patienten hingegen empfanden die Aktivitäten als belastend bzw. sehr belastend.

Tab. 31: Aufschlüsselung der Stationsaktivitäten
nach Patientengruppen.

Patientengruppe	Rang unter den 29 Items	Einzel- mittel- wert	Gesamt- mittel- wert	N
alle Befragten	10	1,946	2,168	185
Frauen	10	1,967	2,140	120
Männer	8	1,908	2,211	65
Alter 18 - 30 J.	6	1,800	2,243	45
Alter 31 - 50 J.	10	2,034	2,249	87
Alter über 50 J.	12	1,925	2,004	53
Schizophrenie	5	1,789	2,189	76
Neurotiker	18	2,143	2,112	28
Depressive	12	2,071	2,224	42

Tab. 32: Nähere Aufschlüsselung der Stationsaktivitäten
nach Diagnosen.

Antwort	Schizophrenie	Depressive	Neurotiker
hilfreich bzw. sehr hilfreich	86,8 %	78,6 %	71,4 %
weder / noch	13,2 %	14,3 %	14,3 %
belastend bzw. sehr belastend	- -	7,1 %	14,3 %

3 Patientinnen erwähnten in den offenen Zusatzfragen, sie hätten das Angebot von noch mehr Außenaktivitäten begrüßt.

Die Patienten aus den geschlossenen Stationen empfanden die Stationsaktivitäten hilfreicher als die Patienten aus den offenen Stationen. (Siehe Abbildung 13).

Abb. 13: Aufschlüsselung der Patientenbeurteilung der Stationsaktivitäten nach offenen - geschlossenen Stationen.

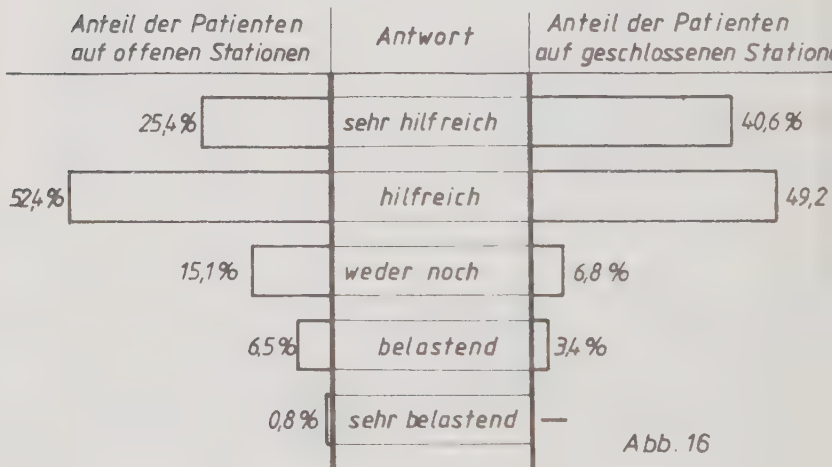


Abb. 16

6.2.4.11 Der Sport.

Der Sport wurde mit einem Mittelwert von 2,093 weniger hilfreich eingestuft als die Krankengymnastik, deren Mittelwert 1,790 beträgt.

Zwischen den Geschlechtern gab es keine wesentlichen Beurteilungsunterschiede.

Jüngere Patienten empfanden den Sport hilfreicher als ihre älteren Mitpatienten.

Bei der Betrachtung der diagnosebedingten Antwortunterschiede findet sich ein ungünstigeres Abschneiden des Sportes bei den Depressiven. (Siehe Tabelle 33).

Tab. 33: Aufschlüsselung der Beurteilung des Sports nach Patientengruppen.

Patientengruppe	Rang unter den 29 Items	Einzel- mittel- wert	Gesamt- mittel- wert	N
alle Befragten	11	2,093	2,168	150
Frauen	11	2,099	2,140	91
Männer	15	2,085	2,211	59
Alter 18 - 30 J.	7	1,800	2,243	40
Alter 31 - 50 J.	14	2,213	2,249	75
Alter über 50 J.	24	2,171	2,004	35
Schizophrene	12	2,062	2,189	65
Depressive	20	2,179	2,112	28
Neurotiker	10	2,000	2,224	22

6.2.4.12 Die Wochenend-Belastungsurlaube.

178 Patienten haben gegen Ende ihrer Klinikaufenthaltsdauer ein oder mehrere Wochenenden zu Hause verbracht.

Die Wochenendurlaube standen an 2. Stelle der 29-Item-Rangskala. Sie erreichten damit eine bessere durchschnittliche Bewertung als sämtliche wirksamen Behandlungsarten.

82,2 % der sich dazu Äußernden Patienten empfanden die Wochenendurlaube als hilfreich bzw. sehr hilfreich.

Frauen empfanden sie etwas hilfreicher als Männer.

Für neurotische Patienten waren die Urlaube weniger angenehm als für Depressive und Schizophrene. (Siehe Tabelle 34)

Tab. 34: Aufschlüsselung der Wochendurlaube nach Patientengruppen.

Patientengruppe	Rang unter den 29 Items	Einzel-mittel-wert	Gesamt-mittel-wert	N
alle Befragten	2	1,601	2,168	178
Frauen	1	1,529	2,140	119
Männer	2	1,746	2,211	59
Alter 18 - 30 J.	1	1,644	2,243	45
Alter 31 - 50 J.	2	1,605	2,249	81
Alter über 50 J.	4	1,558	2,004	52
Schizophrene	1	1,562	2,189	73
Depressive	3	1,548	2,112	42
Neurotiker	11	2,000	2,224	25

6.2.4.13 Die Trennung von der häuslichen Umgebung.

Die Trennung von der häuslichen Umgebung stand an vorletzter Stelle der 29-Item-Rangskala mit einem Beurteilungsdurchschnitt von 2,806.

37,8 % der sich dazu Äußernden Patienten empfanden die Trennung als belastend oder sehr belastend.

45 % erlebten sie als hilfreich oder sehr hilfreich.

Es ergaben sich bedeutsame Unterschiede bei den einzelnen, nach Diagnose, Alter und Geschlecht aufgeteilten Patientengruppen:

Für Männer war die Trennung von ihrem Zuhause weitaus belastender als für Frauen.

Die Patienten der mittleren Altersstufe erlebten die Trennung am negativsten.

Bei den einzelnen Diagnosegruppen waren es die Schizophrenen, die besonders unter der Trennung von Zuhause litten. Neurotische Patienten dagegen empfanden sie eher als hilfreich. Die Werte der Depressiven lagen dazwischen. (Siehe Tabelle 35)

Tab. 35: Trennung von der häuslichen Umgebung, aufgeschlüsselt nach Patientengruppen.

Patientengruppe	Rang unter den 29 Items	Einzel-mittelwert	Gesamt-mittelwert	N
alle Befragten	28	2,806	2,168	196
Frauen	28	2,656	2,140	107
Männer	28	3,088	2,211	61
Alter 18 - 30 J.	26	2,735	2,243	49
Alter 31 - 50 J.	28	2,989	2,249	89
Alter über 50 J.	28	2,586	2,004	58
Schizophrenie	28	3,019	2,189	77
Depressive	27	2,687	2,112	48
Neurotiker	20	2,400	2,224	30

Wie die Trennung von der häuslichen Umgebung empfunden wurde, hing besonders davon ab, ob der Patient auf einer offenen oder auf einer geschlossenen Station war:

Während die Patienten in den offenen Stationen die Trennung eher als hilfreich bezeichneten, litten die Patienten aus den geschlossenen Stationen eher darunter. (Siehe Abb. 14).

Hierbei darf allerdings nicht die Diagnosenverteilung auf offenen bzw. geschlossenen Stationen außer acht gelassen werden.

Auf den geschlossenen Stationen ist der Anteil an schizophrenen Patienten, die die Trennung von der häuslichen Umgebung im allgemeinen eher als belastend empfanden, besonders hoch. (Siehe auch Tabelle 35).

Abb. 14: Aufschlüsselung der Beurteilung der Trennung von der häuslichen Umgebung nach offener bzw. geschlossener Station.

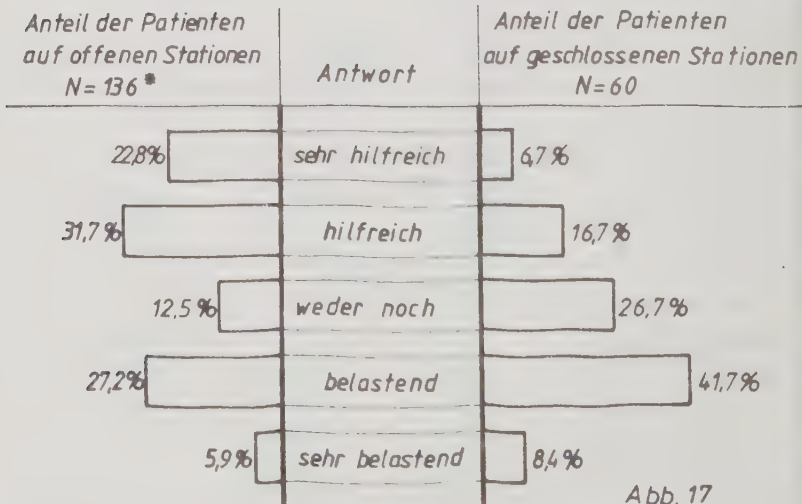


Abb. 17

* 4 Patienten machten dazu keine Aussage.

6.2.4.14 Die räumlich bedingte Atmosphäre in der Klinik.

Die räumliche Atmosphäre bekam die relativ positive Bewertung von 1,799.

Zwischen den Geschlechtern war das Erleben der räumlich bedingten Atmosphäre nicht unterschiedlich.

Ältere Patienten erlebten sie positiver als jüngere. Bei den unterschiedlichen Diagnosegruppen fielen die depressiven Patienten dadurch auf, daß sie die räumliche Atmosphäre besonders angenehm empfanden. (Siehe Tabelle 36)

Tab. 36: Aufschlüsselung der räumlich bedingten Atmosphäre nach Patientengruppen.

Patientengruppe	Rang unter den 29 Items	Einzel- mittel- wert	Gesamt- mittel- wert	N
alle Befragten	6	1,799	2,168	199
Frauen	6	1,802	2,140	131
Männer	5	1,794	2,211	68
Alter 18 - 30 J.	12	2,102	2,243	49
Alter 31 - 50 J.	6	1,800	2,249	90
Alter über 50 J.	3	1,550	2,004	60
Schizophrene	10	1,949	2,189	78
Depressive	2	1,529	2,112	49
Neurotiker	9	1,967	2,224	30

7. Diskussion.

7.1

DISKUSSION DER ERGEBNISSE

ANHAND DER HYPOTHESEN

(Siehe St. 33 - 34)

(1. Hypothese)

Der Klinikaufenthalt allgemein wurde von allen 200 Patienten durchschnittlich als hilfreich bis zu sehr hilfreich bezeichnet

(2. Hypothese)

von Männern und Frauen gleichermaßen. Es sei darauf hingewiesen, daß der bei der Voruntersuchung so deutlich ausgeprägte Geschlechterunterschied (siehe Abb. 7) bei der Hauptuntersuchung nicht mehr auftrat. Hier ergaben sich für Männer und Frauen fast identische Antwortverteilungen. (Siehe Abb. 8).

Depressive Patienten empfanden den Klinikaufenthalt als besonders hilfreich. Die Neurotiker bewerteten ihn am kritischsten. Auf die Auswertung nach Diagnosen mußte bei der Voruntersuchung aufgrund der kleinen Patientenzahlen verzichtet werden.

Bei der Hauptuntersuchung fällt auf, daß die allgemeingehaltene Frage zum Klinikaufenthalt insgesamt sehr viel positiver beantwortet wurde als die konkreten Fragen zu den einzelnen Therapieangeboten, Kontakten und sonstigen Begebenheiten in der Klinik, und zwar von beiden Geschlechtern, allen 3 Diagnosen und Altersstufen einheitlich.

Die Patienten äußerten sich in der Regel zu fast allen MC-Fragen, und auch die offenen Fragen am Ende des Fragebogens wurden zum Teil ausführlich beantwortet.

(3. Hypothese)

Patienten im Alter von über 50 Jahren beantworteten alle Fragen, sowohl die allgemeingehaltene als auch die konkreten, durchschnittlich positiver als jüngere Patienten.

Die Therapieangebote

(4. Hypothese)

Die Einzelgespräche mit dem Arzt oder dem Psychologen wurden sowohl bei der Vor- als auch bei der Hauptuntersuchung ziemlich

einheitlich von allen Patienten für hilfreicher gehalten als die medikamentöse bzw. somatische Therapie und die GT.⁺

(5. Hypothese)

Hierbei ist unbedingt notwendig, zwischen den Einzelgesprächen mit dem Arzt bzw. dem Psychologen und den Gesprächen in der Patientengruppe zu unterscheiden.

Die Gruppengesprächstherapie nämlich wurde weniger hilfreich eingeschätzt als sämtliche anderen Therapieformen.

Es mag für einen psychiatrischen Patienten angenehmer sein, eine ausgebildete, ihm voll zugewandte Person gegenüber zu haben als eine Gruppe von unterschiedlich Kranken, die ihrerseits Verständnis entgegengebracht haben wollen.

Außerdem wurden sicherlich die während der Gruppenstunden häufig auftretenden Schweigepausen als starke Belastung empfunden sowie die mangelnde Orientierungsmöglichkeit an einer konkreten Bezugsperson, denn die Ärzte und Psychologen griffen nur, wenn es unbedingt erforderlich wurde, in das Gruppengeschehen ein.

Eine Patientin brachte dies in den offenen Zusatzfragen am Ende des Formulars zum Ausdruck:

Sie wünschte sich eine "straffe ärztliche Führung" bei den Gruppengesprächen. (Vgl. hierzu auch Bleuler, 1979).

Die allen Patienten zukommenden ärztlichen Gespräche wurden sowohl bei der Voruntersuchung als auch bei der Hauptunter-

⁺ Laux (1977) untersuchte die Einstellungen der westdeutschen Bevölkerung gegenüber dem Psychiater und dem Psychotherapeuten. Er stellte fest, daß das Ansehen des Psychiaters im Vergleich zu dem anderer Arztgruppen relativ gering war. Die emotionalen Einstellungen zum Psychiater waren allerdings überwiegend als positiv zu charakterisieren. Es zeigte sich in der Bevölkerung eine große Unsicherheit bei der Zuordnung der Begriffe "Psychiater" und "Psychologe".

suchung insgesamt durchschnittlich etwas hilfreicher eingeschätzt als die seltener angebotenen Gespräche mit dem Psychologen.

Interessant ist die Tatsache, daß bei der Hauptuntersuchung Patienten unter 30 Jahren Gespräche mit dem Psychologen, Patienten über 30 Jahren Gespräche mit dem Arzt vorzogen.

Von den Diagnosegruppen stuften die schizophrenen Patienten ärztliche Gespräche als besonders hilfreich ein. Diese differenzierten Ergebnisse ließen sich wieder nur aus der Hauptuntersuchung mit den 200 Patienten ableiten. Bei der Voruntersuchung war die Patientenzahl zu klein. 20 Patienten der Hauptuntersuchung und 5 Patienten der Voruntersuchung führten am Ende des Fragebogens zusätzlich an, die Anzahl und Länge der Einzelgespräche mit dem Arzt seien ihnen zu wenig gewesen. Unter diesen Patienten waren viele Alters- und Diagnosegruppen vertreten.

Darüber hinaus hätten sich 9 weitere Patienten mehr Psychotherapie (durch den Arzt oder den Psychologen) gewünscht.

Die Medikamentöse Therapie wurde von fast allen Patienten als sehr spürbare Maßnahme empfunden:

Nur 9 % kreuzten hierzu die Antwort "weder hilfreich noch belastend" an.

Die Meinungen hierzu differierten bei den einzelnen Patienten sehr stark: Viele beurteilten die Psychopharmaka als hilfreich oder sehr hilfreich, jedoch eine relativ große Patientenanzahl sah sie als belastend bzw. sehr belastend an.

Es ist verständlich, daß depressive Patienten die Medikamente positiver erlebten als Schizophrene. Denn Antidepressiva haben weniger unangenehm spürbare Nebenwirkungen als Neuroleptika.

Die Tatsache, daß Frauen mehr an Depressionen litten, Männer hingegen häufiger an paranoiden Psychosen, könnte eine der

Erklärungsmöglichkeiten sein, warum bei unserer Befragung weibliche Patienten die ihnen verordneten Psychopharmaka positiver empfanden als männliche.

Auch Cooperstock (1978) fand in ihrer Untersuchung bei Frauen eine positivere Einstellung zu Psychopharmaka und einen höheren Verbrauch an psychotropen Medikamenten.

Prather, J. and Fidell, L.S. (1975) befaßten sich mit der Frage, inwieweit eine geschlechtsspezifische Werbung in medizinischen Fachzeitschriften zum höheren Psychopharmakakonsum bei Patientinnen beitragen könnte. (Siehe auch Seite 113).

(6. Hypothese)

Ältere Menschen sind mehr an die Einnahme von Medikamenten gewöhnt und haben daher vielleicht eine geringere Abneigung gegen sie.

Dies könnte ein Grund dafür sein, daß ältere Patienten die Medikamente deutlich positiver beurteilten als jüngere.

Eine andere Ursache hierfür könnte darin liegen, daß es gerade Patienten mit einer Involutionsdepression besonders schwerfällt, ihre psychischen Störungen als Teil einer Krankheit aufzufassen. Sie neigen vielmehr dazu, die typischen Symptome ihrer Depression, wie Antriebs- und Kontaktarmut, Konzentrations- und Leistungsschwäche, als schlechte menschliche Eigenschaften sich vorzuwerfen, wodurch ihre ohnehin schon übermäßig vorhandenen Schuldgefühle noch verstärkt werden. Die Erkenntnis, daß man diese Symptome mit Medikamenten, also wie eine biologische Erkrankung therapieren kann, führt hier oft zu einer deutlichen Entlastung.

Als dritter Aspekt ist anzuführen, daß die heutige jüngere Generation kritischer der gesamten Psychiatrie, und insbesondere der Psychopharmakabehandlung in der Psychiatrie gegenübersteht. (Vgl. die ausführliche Darstellung antipsychiatrischer Kritik in TIME, April 1979).

- (7. Hypothese) Besonders die älteren Patienten empfinden es als hilfreich, in der Psychiatrischen Klinik auch allgemeinmedizinisch betreut zu werden. Dies erscheint einleuchtend, da sie mehr auf eine allgemeinmedizinische Betreuung angewiesen sind.
- (8. Hypothese) Die Beschäftigungstherapie wurde von mehreren Patienten, nämlich 15 % der sich dazu Äußernden, als belastend bzw. sehr belastend empfunden.
- Sie erzielte bei der Haupt- und bei der Voruntersuchung ein verhältnismäßig ungünstiges Ergebnis. Bei der Voruntersuchung stand sie an 26. Stelle von 30 Items, bei der Hauptuntersuchung an 23. Stelle von 29 Items.
- In den Zusatzfragen wurde von Patienten geäußert, daß sie sich zur BT "getriezt" fühlten und daß ihnen nicht genügend Möglichkeit zu selbständigen Arbeiten gegeben war.
- Dieser kritischen Haltung zur BT gegenüber, stehen die Zusatzbemerkungen von 10 Patienten der Hauptuntersuchung und einem der Voruntersuchung, die gerne noch mehr Beschäftigungstherapie gehabt hätten, besonders an den Abenden und an den Wochenenden.
- (9. Hypothese) Eine Sonderstellung im Rahmen der BT nahm die Kochgruppe ein. Sie war beliebter als das übrige BT-Programm.
- Die Tatsache, daß Frauen das Kochen als Beschäftigungstherapieform weniger hilfreich einschätzten, ist verständlich, da ein großer Teil der Patientinnen einen Haushalt zu führen hatte.
- (10. Hypothese) Eine außerordentlich positive Beurteilung erhielt die Krankengymnastik, ganz besonders von den Frauen. Bei ihnen nahm sie die 1. Stelle unter sämtlichen Therapieangeboten ein.
- Frauen waren häufiger an einer Depression erkrankt, und gerade die Depressiven haben die Krankengymnastik als besonders große Hilfe erlebt. Es muß also daran gedacht werden, daß die positive Einschätzung der Krankengymnastik durch die weiblichen

Patienten im Zusammenhang mit deren Erkrankungshäufigkeit an Depressionen steht.

Die Tatsache, daß depressive Patienten die Krankengymnastik als besonders hilfreich beurteilen, erinnert an die bereits angedeutete Überlegung (Hypothese 7), daß es von den Depressiven als entlastend erlebt wird, wenn ihre vital erlebten Symptome mit somatischen Verfahren behandelt und somit als Teile einer medizinischen Krankheit akzeptiert werden.

Interessant ist, daß die KG im Gegensatz zur BT wohl nicht als Leistungsdruck erlebt wird. Es wurde bereits auf Seite erklärt, daß man in der Krankengymnastik bei Depressiven besonders bemüht ist, Leistungsanforderungen zu vermeiden und stattdessen behutsame körperliche Zuwendung zu geben.

Dies ist wahrscheinlich ein wichtiger Grund hierfür, daß die KG gerade bei den depressiven Patienten eine solche günstige Beurteilung erhält.

Die menschlichen Kontakte in der Klinik.

(11. Hypothese)

Alle Items, die menschliche Kontakte beschreiben, stehen im ersten Drittel der 29-Item Rangskala, mit Ausnahme des

(12. Hypothese)

Kontaktes zu den Mitpatienten. Dieser steht am Ende des 2. Drittels.

Bei beiden Geschlechtern, allen 3 Altersstufen und Diagnosen wurde der Kontakt mit den Mitpatienten für weniger hilfreich gehalten als alle anderen menschlichen Kontakte. Dies gilt besonders für die Patienten der mittleren Altersstufen.

Hierbei fällt die Parallele zu den Gesprächstherapien auf:

Die Gespräche mit dem Arzt und dem Psychologen wurden als besonders hilfreich, die Gespräche in Patientengruppen als weniger hilfreich erlebt.

Eine Konfrontation mit der Krankheit anderer wurde eher für eine Belastung gehalten. Das kommt besonders zum Ausdruck

in der Zusatzbemerkung einer Patientin:

"Man sollte die Schwerkranken von den weniger Kranken trennen, damit diese mehr Ruhe finden".

Hierbei ist interessant, daß diese Einstellung der Patienten nur bei der 2. Voruntersuchung und bei der Hauptuntersuchung zum Ausdruck kam. Gerade bei der 1. Voruntersuchung, die noch in dem alten Klinikgebäude stattfand, in dem die Kranken auf besonders engem Raum zusammenleben mußten, wurde der Kontakt mit den Mitpatienten als hilfreich angeführt.

Hieraus könnte vermutet werden, daß sich die Patienten durch die räumlich engen Bedingungen näherten.

Es müssen jedoch auch die unterschiedlichen Befragungsmodi bei den jeweiligen Untersuchungen bedacht werden. Bei der Voruntersuchung wurde relativ unstrukturiert gefragt. Das heißt, die Patienten äußerten sich nur zu den Punkten, die ihnen selbst einfielen. Bei der 2. Voruntersuchung und der Hauptuntersuchung wurden sie zu ihrem Erleben des Kontaktes mit den Mitpatienten konkret befragt.

In einigen Zusatzantworten der 2. Voruntersuchung und der Hauptuntersuchung kommt zum Ausdruck, daß die Patienten zum Teil "Wärme, Liebe, Geborgenheit und individuelle Zuwendung" vermißten. In den MC - Antworten wird deutlich, daß sie diese Zuwendung vom Klinikpersonal erwarten, weniger von den Mitpatienten.

Die Enttäuschung über mangelnde Zuwendung und Geborgenheit äußerten die Patienten in der 1. Voruntersuchung nicht. Auch hier kann man zum Teil die räumlichen Bedingungen der alten Klinik, die zwar weniger räumliche Kontakt- und individuelle Entfaltungsmöglichkeiten, aber vielleicht mehr Geborgenheit vermittelte, heranziehen.

Es ist auch zu überlegen, inwieweit das Verhalten des Personals gegenüber den Patienten von der räumlichen Arbeitsatmosphäre (Eng- bzw. Weiträumigkeit, anheimelnd - steril, behelfsmäßig - perfekt) beeinflusst wird.

Es wurde in dieser Arbeit ersichtlich, daß die Weiträumigkeit in der neuen Klinik von den Patienten auch als großer Vorteil angesehen wurde: Nur eine Patientin der Hauptuntersuchung (kein Patient der 2. Voruntersuchung) führte an, sie hätte sehr gerne einen Raum gehabt, in den sie sich allein zurückziehen konnte. Bei der 1. Voruntersuchung bemerkten dies 10 % der Befragten.

In der Einstellung den Mitpatienten gegenüber ergaben sich auf offenen - und geschlossenen Stationen Unterschiede: Die Patienten der geschlossenen Stationen nahmen ihren Mitpatienten gegenüber eher eine vorsichtig-neutrale oder gleichgültige Haltung ein: 34 % meinten, daß der Kontakt mit ihnen weder hilfreich noch belastend gewesen sei.

Die Patienten der offenen Stationen, die auch Kontakte und Ausweichmöglichkeiten nach außen hatten, beurteilten den Kontakt zu ihren Mitpatienten entweder deutlich ablehnend oder aber hilfreich bzw. sehr hilfreich.

Es ist anzunehmen, daß sie sich mehr mit ihnen auseinandergesetzt haben.

Das eher gleichgültige, Kontakt vermeidende Verhalten der Patienten aus den geschlossenen Stationen kann zum Teil auf die dort häufiger vertretenen Krankheiten, die mit Kontaktstörungen einhergehen, zurückgeführt werden.

Ein weiterer Grund für die mangelnde aktive Begegnung der Patienten untereinander könnte auch in der dort häufiger notwendigen, hochdosierten, neuroleptischen Medikation liegen.

Sicherlich wirkt sich auch der Zwang zum ständigen Miteinander-Leben-Müssen auf einer geschlossenen Station nicht gerade

fördernd auf die Kontaktfreudigkeit der Patienten untereinander aus.

- (13. Hypothese) Besonders wenig hilfreich wurde der Kontakt mit den Mitpatienten von den Patienten der mittleren Altersstufe erlebt. Diese Patienten empfanden dagegen die Besuche ihrer Freunde und Verwandten als außerordentlich hilfreich. Ebenso freuten sich schizophrene Patienten besonders über Besuche.
- Die Ansichten zum Kontakt mit den Angehörigen differierten, ähnlich wie bei der medikamentösen Therapie, bei den einzelnen Patienten sehr stark. Er wurde von 81 Patienten als sehr hilfreich, von 21 Patienten als belastend bzw. sehr belastend beschrieben.
- (14. Hypothese) Der Kontakt mit dem Pflegepersonal wurde von den Patienten ziemlich einheitlich als hilfreich bis sehr hilfreich erlebt.
- (15. Hypothese) Ein erwähnenswerter Geschlechterunterschied besteht bei der hierzu gestellten MC-Frage nicht. Jedoch in den Zusatzantworten jüngerer Patientinnen kommen starke Bedürfnisse nach Gesprächen mit den Schwestern zum Ausdruck.
- Besonders positiv bewerteten die neurotischen Patienten den Kontakt mit den Schwestern und Pflegern.
- Zwischen offenen und geschlossenen Stationen gab es keine signifikanten Unterschiede bei dieser Frage, obwohl man annehmen könnte, daß Patienten in geschlossenen Stationen das Pflegepersonal eher als Kontrollpersonen, also als belastend erleben könnten.
- Besonders gut wird die Hilfe durch die Sozialarbeiterinnen beurteilt. Die Betreuung seitens des Sozialdienstes wurde von allen Patienten (mit Ausnahme der neurotischen) als am hilfreichsten bzw. am zweit-hilfreichsten von allen Hilfe- und Kontaktangeboten in der Klinik überhaupt angesehen.

Die Erklärung für das Zustandekommen einer derartig dankbaren Einstellung gegenüber den Sozialarbeiterinnen findet man in den Zusatzantworten der Patienten am Ende der Fragebögen, in dem sie ihre Erwartungen von "Praktischen Lösungen ihrer Probleme", "konkreten Ratschlägen" sowie "Hilfe zur Meisterung des täglichen Lebens und der Arbeitsaufnahme" zum Ausdruck brachten.

Sonstige Begebenheiten in der Klinik.

Stationsaktivitäten, wie Ausflüge, Kinobesuche, Ausstellungsbesichtigungen etc. wurden besonders von jungen Patienten gemocht.

Es ist interessant, daß die Schizophrenen von den Stationsaktivitäten ausgesprochen begeistert waren: Fast alle Schizophrenen bezeichneten sie als hilfreich bzw. sehr hilfreich. Kein einziger empfand sie als belastend.

Depressive Patienten und insbesondere die Neurotiker hingegen sahen sie zum Teil schon als Belastung an. Bei den Depressiven war dieses Ergebnis zu erwarten, da die Hemmung des Antriebes zu nach außen gerichteten Aktivitäten ein Bestandteil des depressiven Krankheitsbildes ist. Es erscheint einleuchtend, daß die Patienten der geschlossenen Stationen die Außenaktivitäten mit der Station als besonders hilfreich erlebten, da sie allein weniger Möglichkeiten dazu hatten.

Der Sport wurde insgesamt etwas negativer beurteilt, ansonsten war die Antwortverteilung hier aber sehr ähnlich wie bei der Frage nach den Stationsaktivitäten.

(16. Hypothese)

Wie die Unternehmungen der Station, so war auch der Sport, wie zu erwarten, bei den jungen Patienten am beliebtesten.

Depressive empfanden ihn weniger angenehm als Schizophrenen und Neurotiker. Hierfür kann wieder die krankheitsbedingte

Antriebsverminderung der Depressiven als Ursache angesehen werden sowie die Angst vor Leistungsanforderungen. Beim Sport wird eine höhere Leistungsanforderung gestellt als bei der Krankengymnastik. Dies mag ein Grund dafür sein, daß depressive Patienten die KG besonders, den Sport weniger hilfreich empfinden.

(17. Hypothese) Vom Geschlecht ließ sich bei der hierzu gestellten MC-Frage keine signifikante Abhängigkeit erkennen.

(18. Hypothese) Die täglichen Visiten wurden bedeutend hilfreicher erlebt als die Chefvisiten. 15 % der Patienten empfanden die Chefvisiten, nur 7 % der Patienten die täglichen Visiten als belastend bzw. sehr belastend.

Hierbei wird wahrscheinlich als Ursache eine große Rolle spielen, daß der Chefarzt bei seiner Visite von Oberarzt und Assistenten begleitet wird. Der Besuch von einer Gruppe von Ärzten mag für einige Kranke verunsichernd bzw. unangenehmer sein als die tägliche Begegnung mit dem vertrauten Stationsarzt.

(19. Hypothese) Im Gegensatz zur 2. Voruntersuchung zeigten sich bei der Hauptuntersuchung keine wesentlichen Geschlechtsunterschiede bei der Beurteilung der Chefvisiten.

(20. Hypothese) Es ist interessant, daß die älteren Patienten die Chefvisiten erheblich positiver werteten als die jüngeren Patienten. Das mag vielleicht darauf zurückzuführen sein, daß ältere Patienten mehr Bedürfnisse nach ärztlicher Autorität haben und die Tatsache positiv werten, daß sich der Klinikdirektor persönlich um sie kümmert. Denn es ist anzunehmen, daß sich für manche ältere Patienten das recht jugendliche Alter der sie behandelnden Assistenten als ein Problem darstellt. Leider sind wir dieser Frage nicht speziell nachgegangen.

Morgan und Engel (1977) gehen auf die Problematik mangelnder Lebenserfahrung bei jungen Ärzten oder Medizinstudenten ein. So können einige Patienten aus Furcht vor der Autorität zu einem älteren Arzt nicht so schnell Vertrauen fassen. Von jungen Patienten kann der Medizinstudent/Assistenzarzt als älterer Bruder betrachtet werden, dem er sich anvertrauen kann. Ältere Patienten können durch ihn an ihre Kinder erinnert werden.

Sleuler (1979) meint, daß es zur Ausübung der Psychotherapie neben der fachlichen Ausbildung auch einer Lebenserfahrung und einer gereiften eigenen Persönlichkeit bedarf. Der sich in Not befindende Patient habe das Bedürfnis, sich kindlich an den Schutz eines Stärkeren (also an eine Autorität) anzulehnen.

Die Tatsache, daß Patienten unter 30 Jahren alle Visiten am niedrigsten einstufen, läßt evtl. darauf schließen, daß junge Patienten besonders viel Zuwendung der Stationsärzte in Form von Einzelgesprächen bekamen, so daß sie die Visiten weniger benötigten und schätzten als ihre älteren Mitpatienten.

Neurotiker beurteilten besonders die Chefvisiten, aber auch die täglichen Visiten weniger positiv als Depressive und Schizophrene. Dies ist leicht einsehbar, wenn man bedenkt, daß neurotische Konflikte bei einer Visite und insbesondere bei einer Visite von einem nicht näher vertrauten Chef- oder Oberarzt kaum besprochen werden können. Bei den Symptomen der Depressiven und Schizophrenen ist dies eher möglich.

Es ist ohnehin für viele Patienten schwierig, angstfrei bei der Visite über sich zu reden, da stets die Zimmernachbarn zuhören können.

Dieses Problem sprachen 2 Patientinnen in den Zusatzfragen am Ende des Fragebogens an.

(21. Hypothese) 58 der befragten 200 Patienten gaben an, nicht über Medikamente aufgeklärt zu sein.

23 hatten keine Medikamente bekommen.

(22. Hypothese) Frauen wurden bei unserer Untersuchung weniger über ihre Medikamente aufgeklärt als Männer.

Nun erkrankten Frauen häufiger an einer Depression, Männer dagegen häufiger an einer Schizophrenie, und es ließ sich nachweisen, daß depressive Patienten insgesamt weniger häufig über ihre Medikamente aufgeklärt wurden als Schizophrene. Von den 74 Schizophrenen, die Medikamente bekamen, wurden 15 Patienten, d.h. 20,3 % nicht aufgeklärt.

Von den 47 Depressiven, die Medikamente bekamen, wurden ebenfalls 15 Patienten, d.h. 34 % nicht aufgeklärt.

Jedoch kann dies nicht als Grund für die unterschiedliche Medikamentenaufklärung bei weiblichen und männlichen Patienten herangezogen werden, denn bei genauerer Aufschlüsselung nach Geschlecht und Diagnose ergibt sich:

Depressive Frauen wurden weniger aufgeklärt als
depressive Männer.

Schizophrene Frauen wurden weniger aufgeklärt als
schizophrene Männer.

Da die Häufigkeit der Aufklärung über die medikamentöse Therapie keinen Zusammenhang mit dem Alter des Patienten aufwies, kann der höhere Altersdurchschnitt der weiblichen Patienten auch nicht zur Erklärung herangezogen werden.

Ebenso kann bei den Frauen nicht von einem mangelnden Interesse an der Aufklärung gesprochen werden, denn erstens bewerteten sie, wenn sie aufgeklärt wurden, diese Aufklärung höher als ihre männlichen Mitpatienten, und zweitens vermerkten 8 Frauen und nur 2 Männer am Schluß des Fragebogens,

es habe ihnen an Aufklärung über ihre Erkrankung und deren medikamentöse Therapie gefehlt. So ist zu spekulieren, daß hier ein geschlechtsspezifisches Rollenverhalten ins Spiel kommt.

Zu der Frage, welche Faktoren das unterschiedliche ärztliche Aufklärungsverhalten bei Patienten und Patientinnen mit verursachen könnten, sind die Arbeiten von Fidell und Prather (1975) sowie von Corder (1974) zu erwähnen:

Fidell und Prather stellten bei einer Untersuchung der Werbeanzeigen in verschiedenen medizinischen Fachzeitschriften (the New England Journal of Medicine, California Medicine, the Journal of the American Medical Association and the American Journal of Psychiatry) fest, daß in den Werbeabbildungen für Psychopharmaka bedeutend mehr Patientinnen als Patienten vorkamen. Die Patientinnen wurden vorwiegend als emotional, irrational und klagsam dargestellt, die Patienten vorwiegend als sachlich, rational und gelassener.

Corder et al fanden bei einer Befragung von Psychiatern, daß 45 % der befragten Ärzte es für möglich hielten, ihre Einstellung gegenüber Patientinnen könnte durch die geschlechtsspezifische Werbung in den medizinischen Fachzeitschriften beeinflußt sein.

Es wäre in diesem Zusammenhang eine Aufschlüsselung des Aufklärungsverhaltens bei Patienten und Patientinnen je nach Geschlecht des behandelnden Kollegen / der Kollegin interessant. Klären Ärztinnen auch Patientinnen weniger auf als Patienten?

Ruth Cooperstock (1978) belegte in ihrer Untersuchung, daß Frauen durchschnittlich häufiger Psychopharmaka verschrieben bekommen als Männer, und daß Männer eine negativere Einstellung zu Psychopharmaka haben als Frauen.

Depressive empfanden die Aufklärung über die ihnen verordneten Psychopharmaka hilfreicher, wie sie auch die Medikamente selbst als hilfreicher erlebten als Schizophrene.

(23. Hypothese)

Die Aufklärung über die Erkrankung wurde von den meisten Patienten für hilfreicher gehalten als die Medikamentenaufklärung.

34 Patienten hatten sich für ein Studentenpraktikum zur Verfügung gestellt. Die Teilnahme am Studentenpraktikum wurde von den einzelnen Patienten sehr unterschiedlich empfunden: 3 Patienten empfanden sie als sehr belastend, 5 als belastend, 3 als für sie persönlich nutzlos, 11 als hilfreich und 12 sogar als sehr hilfreich. Die Tatsache, daß etwa 1/3 der Patienten, die am Studentenpraktikum, das ja eigentlich nur der Mediziner-Ausbildung dienen soll, teilgenommen haben, der Meinung sind, hierbei für sich selbst eine Hilfe erfahren zu haben, mag vielen Erwartungen widersprechen.

Es ist interessant, daß nur 31 Patienten angaben, an wissenschaftlichen Studien beteiligt gewesen zu sein. Das heißt, daß mindestens 169 der 200 Befragten diese Untersuchung selbst nicht als wissenschaftliche Studie begriffen.

Die Antwortverteilung ist der des Studentenpraktikums ähnlich. Allerdings sind hier extrem positive oder negative Beurteilungen weniger häufig vertreten.

Sowohl das routinemäßig abgeleitete EEG als auch die psychologischen Testuntersuchungen wurden von den Patienten als nicht sehr hilfreich eingeschätzt. Das relativ negative Erleben der EEG-Ableitungen bei den Schizophrenen könnte an eine wahnhafte Verarbeitung des Untersuchungsvorganges denken lassen.

Ältere Patienten empfanden die Hirnstrommessungen hilfreicher als jüngere. Hierbei sei daran erinnert, daß die älteren

Patienten sämtliche somatischen Maßnahmen hoch einschätzten. Bei der Betrachtung der Befragungsergebnisse zu den Psychologischen Testuntersuchungen fallen die relativ positiven Antworten der älteren und der neurotischen Patienten hierzu auf.

(24. Hypothese)

Von jedem Patienten wurde zu Beginn des Klinikaufenthaltes ein Foto für die Krankengeschichte angefertigt. Die Frage hierzu wurde in den Fragebogen mit aufgenommen, weil bereits in der ersten Voruntersuchung, in der sich die Patienten in freier Form äußerten, diese Maßnahme als Kritikpunkt aufge taucht war. Auch in der Hauptuntersuchung wurde die Anforderung, sich für die Krankenakte fotografieren zu lassen, von den Patienten insgesamt eher als unangenehm empfunden.

Die Patienten wurden auch gefragt, wie sie die festgelegte Tagesordnung in der Klinik empfanden, durch die sie zwar in ihrer Freiheit eingeschränkt wurden, die ihnen aber einen geregelten Tagesablauf gewährleistete. Erstaunlicherweise erlebten die Patienten der geschlossenen Stationen die vorgeschriebene Tagesordnung nicht belastender als die Patienten der offenen Stationen. Besonders die älteren Patienten schätzten durch feste Regeln bestimmten Tagesablauf.

Betrachtet man die Antworten nach einzelnen Diagnosen, so stellt man fest, daß gerade die Depressiven die von außen festgelegte Orientierung als hilfreich empfanden.

In diesem Zusammenhang wäre eine zusätzliche Frage sehr interessant gewesen, nämlich wie stehen die Patienten zum Tragen von weißen Kitteln beim Pflegepersonal, bei Ärzten und anderen Therapeuten? Hätten die Patienten Namensschilder an den Kitteln der Ärzte oder des Pflegepersonals bevorzugt?

Dahmer, H. und Dahmer, J. (1982) sehen im Tragen des weißen Kittels mehr als einen hygienischen Zweck. Sie meinen, durch den Kittel könne verhindert werden, daß der Patient aus der

äußeren Erscheinung eines Therapeuten auf seine Ideologie und Gruppenzugehörigkeit schließe. Ein in sehr persönlichem Stil gekleideter Therapeut (z.B. enge Blue Jeans, Disco-Hemd, schwarzer Anzug etc.) könnten beim Patienten Assoziationen erwecken, die sich ungünstig auf die Arzt-Patient-Beziehung auswirken.

Es sei hierzu ergänzend bemerkt, daß heute bei manchen jüngeren Patienten auch das Tragen des weißen Kittels mit einer bestimmten Ideologie assoziiert wird.

(25. Hypothese) Die durch die räumlichen Gegebenheiten bedingte Atmosphäre in der Klinik wurde von den Patienten sehr positiv beurteilt, von Patienten der geschlossenen Stationen verständlicherweise weniger als von Patienten der offenen Stationen.

Gerade die älteren und die depressiven Patienten bejahen die räumliche Atmosphäre in der Klinik. Dies erscheint zunächst verwunderlich, wenn man bedenkt, daß das Krankenhaus ein hochmoderner Neubau ist, dessen Inneneinrichtung eher steril anmutet. Jedoch muß man bedenken, daß ein großer Teil der Patienten bereits Erfahrungen mit anderen Berliner Nervenkliniken gemacht hat, deren Einrichtungen zum Teil düster, eng, schäbig und wenig sauber sind oder mit somatischen Kliniken, deren weiß gestrichene oder gar gekachelte Wände eine extrem sterile Krankenhausatmosphäre schaffen. Die Inneneinrichtung der Psychiatrischen Universitätsklinik ist zwar modern und steril, jedoch hell und sauber, mit großen Räumen für wenig Betten und viel Holz und Farbe.

Es wäre sicherlich interessant, in einer anderen Untersuchung der Frage nachzugehen, inwieweit Depressive den Stimmungscharakter von räumlichen Innenausstattungen anders erleben als Gesunde. Bemerkenswert ist aber schon die in dieser Untersuchung festgestellte Tatsache, daß psychisch gestörte Patienten, die mit soviel inneren Problemen beschäftigt sind, trotzdem in der Lage sind, derartige äußerlichen Eindrücke überhaupt

bewußt wahrzunehmen.

Die beiden unterschiedlichen Faktoren: "festgelegte Tagesordnung" und "räumlich bedingte Atmosphäre" haben sicherlich folgende gemeinsame Wirkung: Sowohl die durch gepflegte Räumlichkeiten, als auch die durch festgelegte Tagesprogramme garantierte Ordnung kann bei den Patienten zu dem Vertrauen beitragen, daß auch die Therapie in der Klinik "ordentlich" ist.

Durch den Klinikaufenthalt waren die Patienten für längere Zeit von ihrer häuslichen Umgebung getrennt. Die Trennung vom Zuhause empfanden die männlichen Patienten relativ belastend, während die weiblichen Patienten sie eher als Erholung erlebten. Dieses unterschiedliche Erleben der Geschlechter ist vielleicht im Zusammenhang mit den stärkeren Anforderungen zu sehen, denen die Frauen im Haushalt ausgesetzt sind.

Die Patienten zwischen 31 und 50 Jahren erlebten die Trennung von ihrer häuslichen Umgebung am negativsten. Die Ursache hierfür mag u.a. darin liegen, daß Patienten dieser Altersstufe häufig in einem festen Familiengefüge verankert sind.

Jüngere Menschen können sich noch relativ leicht auf eine vorübergehende Änderung ihres Lebensraumes einstellen. Die älteren Patienten kommen häufig aus einem einsamen Lebensraum, der ihnen weniger Kontakt und Abwechslung ermöglichte als die Klinik.

Neurotische Patienten begrüßten die vorübergehende Trennungssituation, während Schizophrene eher darunter litten. Ersteren kommen zumeist aus einem familiären Spannungsfeld, bei den letzteren muß man an die Möglichkeit des Hinzukommens einer wahnhaften Verarbeitung der fremden Umgebung denken.

Die Trennungsschwierigkeit von der häuslichen Umgebung bei Schizophrenen ist insofern interessant, als gerade bei

Schizophrenen die familiäre Situation oft als psychoseauslösend angesehen wird. (Schulte, W. und Tölle, R. (1977)) Sie brauchen aber gerade den familiären Halt, weil sie sonst nirgends leicht Kontakt finden.

Diesen Überlegungen gegenüber steht die allgemein gesammelte Erfahrung, daß Schizophrene einen Umgebungswechsel von der paranoid gedeuteten häuslichen Umgebung in die noch nicht in die paranoiden Gedanken einbezogene Klinik zunächst als deutliche Entlastung empfinden.

Leff, J. (1979) geht darauf ein, daß bei Patienten mit paranoiden Psychosen die Klinikaufnahme allein schon eine große Entlastung ist.

Die Tatsache, daß die Umgebungsänderung von den Patienten der geschlossenen Stationen sehr viel negativer erlebt wurde als von den Patienten der offenen Stationen, mag darauf zurückzuführen sein, daß die Aufnahme auf einer geschlossenen Station doch mit einem recht erheblichen Gefühl der Freiheitseinschränkung verbunden ist.

(26. Hypothese)

Durch die Wochenendurlaube bekamen die Patienten Gelegenheit, den Kontakt mit ihrer häuslichen Umgebung vorübergehend wieder aufzunehmen.

Dies wurde generell als sehr positiv beurteilt.

Nur 10 Patienten empfanden die Wochenendurlaube nachträglich als belastend.

Für neurotische Patienten waren die Beurlaubungen weniger angenehm als für Depressive und Schizophrene.

Wieder sei daran erinnert, daß die neurotischen Patienten zumeist in ihrer Familie oder mit ihren Partnern Konflikte haben, mit denen sie dann in den Wochenendurlaube wieder konfrontiert werden.

Frauen empfanden die Wochenenden zuhause hilfreicher als ihre männlichen Mitpatienten, obgleich ihnen die Trennung von ihrer Wohnung und ihrer Familie insgesamt leichter fiel. (Zu den Besuchen der Angehörigen siehe unter Hypothese 13).

VERGLEICH DER ERGEBNISSE DER EIGENEN UNTERSUCHUNG

MIT DEN WICHTIGSTEN ERGEBNISSEN AUS DER LITERATUR:

La Roche und Ernst stellten 1975 bei ihrer Patientenbefragung in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich fest, daß weibliche Patienten sich zu den gestellten Fragen generell kritischer äußerten als männliche Patienten.

Dies war bei unserer Untersuchung nicht der Fall.

Bei La Roche trat folgendes interessante Phänomen auf: Während sich die Patienten über ihren behandelnden Arzt sehr positiv äußerten, beurteilten sie die von ihm verordnete Therapie schon weniger positiv und noch ungünstiger fiel die pauschale Beurteilung des Krankenhauses allgemein aus.

Die Autoren vermuten, daß die Patienten negative Urteile gegenüber Bezugspersonen (Arzt) eher meiden als über Dinge (Krankenhaus), weil sie befangen sind.

Für diese Annahme spricht, daß die Züricher Untersuchung nicht anonym durchgeführt wurde.

In unserer anonymen Befragung trat das Phänomen: "Der Therapeut ist beliebter als die Therapie, die Therapie beliebter als die Klinik" nicht auf.

Aus der Arbeit von Ernst und La Roche ging jedoch auch hervor, daß sich die räumliche Situation der Züricher Universitätsklinik sehr von der auf Seite 16 beschriebenen Berliner Klinik unterschied:

Eine Woche nach der Aufnahme hatten über 20 % der Züricher Patienten ihr Bett in einem Wachsaal. Ca. 50 % lagen in einer geschlossenen Abteilung außerhalb eines Wachsaales und die übrigen Patienten befanden sich auf offenen Stationen, die aber zeitweise überfüllt waren und zum Teil aus armselig

eingerichteten großen Schlafsälen bestanden.

Auch Kotin und Schur fanden bei ihren Patienten aus dem Bostoner Psychiatrischen Krankenhaus im Jahre 1969 eine gleiche Einstufung vom Kontakt mit dem Pflegepersonal und dem Kontakt zu den Ärzten.

Schur's Patienten meinten, daß die Ärzte zuwenig Zeit für Einzelgespräche hatten; damit stimmten sie mit einigen Patienten unserer Untersuchung überein.

Leonard befragte seine Patienten erst längere Zeit nach der Entlassung über ihr Erleben einzelner Aspekte ihres Klinikaufenthaltes.

Bei dieser Untersuchung nahm die vorübergehende Trennung von der häuslichen Umgebung den 1. Bewertungsrang unter allen hilfreichen Faktoren ein, während sie bei unserer Patientenbefragung bei den 29 Items an 28. Stelle stand.

Wahrscheinlich wird die akute Trennungssituation, auch gerade kurz vor der Entlassung, von den Patienten als wenig hilfreich erlebt, da sich die Patienten ja zunächst auf die Entlassung freuen, wieder nach Hause zu kommen. Später merken sie dann, daß sich die eingefahrenen Konflikte zu Hause während des Klinikaufenthaltes natürlich nicht gelöst haben.

Manche Patienten mögen sich auch nach ihrem Partner bzw. nach ihrer Familie sehnen, solange sie von ihnen getrennt sein müssen. Nachdem sie aber wieder in den von Konflikten getrübbten Beziehungskreis zurückgekehrt sind, erkennen sie die Erholung, die in der Trennung lag.

Im Gegensatz zur eigenen und zu den anderen angeführten Untersuchungen wurden bei Leonard der Kontakt zu den Mitpatienten für hilfreicher angesehen als die Gespräche mit dem Arzt.

Die Psychopharmaka und die Beschäftigungstherapie wurden von den Patienten niedriger eingestuft als die Einzelgespräche mit dem Arzt.

Dieses Ergebnis stimmt mit unserem und dem der anderen Autoren überein.

Übereinstimmung herrscht auch in der verhältnismäßig ungünstigen Beurteilung der Gruppentherapie.

Biermann-Ratjen et al (1977) fanden in ihrer Untersuchung mit Patienten der Hamburger Psychiatrischen Universitätsklinik heraus, daß der Kontakt zum Pflegepersonal und zum Arzt von fast allen Patienten einheitlich als hilfreich angesehen wurde.

Die Medikamenteneinnahme dagegen wurde zwar im Mittel auch eher als hilfreich eingestuft, jedoch ist die Meinung der Patienten darüber sehr geteilt.

Ebenso wurden die Kontakte zu den Verwandten sehr unterschiedlich beurteilt.

Dieses Ergebnis deckt sich mit dem unsrigen.

Weniek (1977) suchte bei seiner Befragung von 200 Patienten aus der Psychiatrischen Universitätsklinik in Essen nach diagnosebedingten Unterschieden in der Beurteilung des Therapieangebotes.

Er stellte fest, daß speziell schizophrene Patienten den Kontakten zur Außenwelt (Besuch von Freunden und Verwandten, Wochenendurlaube) den Vorrang gaben. Diese waren ebenso wichtig wie das Gespräch mit dem Arzt und die Medikamente. Erst am Schluß kamen die Items des therapeutischen Gemeinschaftslebens auf der Station.

Auch in unserer Untersuchung waren es die schizophrenen Patienten, die sich am meisten über die Besuche ihrer Angehörigen freuten. Die Wochenendurlaube standen bei ihnen an erster Stelle der 29 Items. Aber die Depressiven erlebten durchschnittlich die zuhause verbrachten Wochenenden als ebenso hilfreich.

Waniek stellte, wie wir, fest, daß neurotische Patienten Besuche von Angehörigen als weniger hilfreich einschätzten.

Bei Waniek beurteilten die Depressiven alle Therapieangebote besonders positiv, während die Neurotiker sich besonders kritisch äußerten.

Haase führt seit 1979 eine Fragebogenaktion in der Pfalz-Klinik Landeck durch. Die Pfalz-Klinik Landeck ist ein sehr ausdifferenziertes Klinikum, das in einzelne Funktionsbereiche gegliedert ist: je ein Bereich für Jugendpsychiatrie, Neurologie, Suchtkrankheit, geistig Behinderte, Psychoendokrinologie, zwei Bereiche für vorwiegend psychotisch - und ein Bereich für vorwiegend neurotisch Kranke. Jeder der Funktionsbereiche hat ein eigenes Beschäftigungs- und Behandlungsprogramm und umfaßt bis zu 120 Betten. Es werden pro Jahr etwa 3200 psychisch kranke Erwachsene aufgenommen. 26 % der aufgenommenen Patienten kommen mit Unterbringungsantrag, bleiben dann aber meist doch freiwillig in der Klinik.

In der von Haase durchgeführten Fragebogenaktion sollten sich die psychiatrischen Patienten u.a. anonym dazu äußern, wie ihnen der Klinikaufenthalt gefallen hat, welche Faktoren zu ihrer Genesung besonders beigetragen haben und was ihnen nicht gefallen hat.

Folgende Ergebnisse der noch nicht abgeschlossenen Untersuchung wurden bereits veröffentlicht:

Der Betreuung durch das Pflegepersonal wurde hier von den Patienten eine außerordentlich positive Bedeutung zugemessen. Diese Beobachtung ließ sich sowohl bei unserer Untersuchung als auch bei Biermann-Ratjen wiederfinden.

Der Kontakt zu den Mitpatienten wurde von den Patienten der Landeck-Klinik hilfreicher erlebt als von unseren Befragten. (Hierbei muß erwähnt werden, daß in der Pfalz-Klinik Landeck die Patienten aktiv zur gegenseitigen Unterstützung angehalten

werden: zum Beispiel wählt man auf den Akutstationen Patienten, die sich den Neuzugängen informatorisch zuwenden sollen.)

Im Gegensatz zu den Berliner Patienten hielten die Pfälzer Patienten sowohl die Medikamentenbehandlung als auch die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie für hilfreicher als die Gesprächstherapie. Es fällt besonders auf, daß bei der Pfälzer Befragung die Gruppengespräche den Einzelgesprächen vorgezogen wurden. In unserer Untersuchung standen dagegen die Einzelgespräche mit dem Arzt an erster Stelle, die Gruppengespräche an letzter Stelle in der Bewertungsskala der angebotenen Behandlungsformen.

Allen und Barton (1976) führten eine Patientenbefragung durch, deren Ergebnisse sich von den bisher genannten dadurch unterscheiden, daß die Patienten erheblich häufiger negative Kritik äußerten.

Befragt wurden alle Patienten, die während der Zeit von Februar bis Juli 1972 im Neuropsychiatrischen Institut der Universität des Michigan - Medical - Centers in stationärer Behandlung gestanden hatten.

Die Patienten wurden erst 3 bis 12 Monate nach der Entlassung mündlich interviewt. (Siehe Seite 11)

Am meisten äußerten sich die Patienten von Michigan zu ihrem Kontakt mit dem Pflegepersonal, doch, im Gegensatz zu den bisher angeführten Untersuchungen, zum Überwiegenden Teil negativ: Die Patienten schienen in ihrer Beziehung zum Pflegepersonal erhebliche Schwierigkeiten gehabt zu haben. So empfanden sie die Schwestern und Pfleger "nicht warmherzig genug, zu insitutional, zu autoritär und zu wenig ausgebildet".

Die Therapie wurde von den Patienten zumeist positiv beurteilt. Es kam eine gewisse Dankbarkeit sowie ein Erstaunen über die Wirksamkeit der erfahrenen Behandlung zum Ausdruck. Häufig kritisiert wurde jedoch die Psychopharmakatherapie. Die Medi-

kamente wurden oft als zu stark und zu lang-dosiert empfunden. Allen und Barton vermuten als Ursache für diese Patienteneinstellung eine eventuell mangelnde Aufklärung über Wirkungen Nebenwirkungen und Dosierungsrichtlinien der verabfolgten Medikamente. Diese Vermutung ließe sich durch unsere Untersuchung stützen, in der ein Teil der Patienten aussagte, zu wenig oder überhaupt nicht über ihre Medikamente aufgeklärt worden zu sein.

Die Gruppentherapie wurde von den Patienten in Michigan nur selten und dann ausschließlich negativ erwähnt. Einige bezeichneten sie als "Farce". Die Gruppentherapeuten seien nicht genügend ausgebildet gewesen. Kritisiert wurden auch die Freiheitsbeschränkungen der Patienten durch festgelegte Regelungen (Gesuchszeiten etc.).

Es wurde bereits oben erwähnt, daß das häufigere Äußern negativer Kritik bei dieser Befragung auch damit zusammenhängen könnte, daß die Patienten bei dieser Untersuchung erst eine gewisse Zeit nach der Entlassung befragt wurden, als ihre Befangenheit abgeklungen war. Jedoch gibt es für die kritische Einstellung der Patienten von Michigan sicher noch andere Gründe, die an dieser Stelle nicht geklärt werden können.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei dieser Untersuchung handelt es sich um eine anonyme Patientenbefragung von 200 stationären Patienten einer Psychiatrischen Universitätsklinik mit 108 Betten mittels Multiple - choice - Fragebögen zu ihrem subjektiven Erleben der einzelnen Therapieangebote, Kontakte und sonstigen Segebenheiten in der Klinik.

Die Befragungen wurden jeweils 3 Tage vor der Entlassung durchgeführt. Die Patienten sahen die einzelnen Aspekte ihres Klinikaufenthaltes Überwiegend als hilfreich an.

Zu den Fragen nach dem Klinikaufenthalt insgesamt äußerten sie sich noch positiver als zu den spezifisch über einzelne wirksame Behandlungsformen gestellten Fragen.

Aus den zahlreichen Zusatzbemerkungen der Patienten am Ende der Fragebögen ließ sich erkennen, daß sich diese zum Teil sehr kritisch und selbstbewußt zu ihren Erfahrungen in der Klinik äußerten.

Bei der Beurteilung der einzelnen Therapieangebote schnitten die Einzelgespräche besonders gut ab. Danach kamen die Medikamente, dann die Beschäftigungstherapie und am Schluß die Gruppengespräche.

Von den für die Patienten erreichbaren Kontaktpersonen stand die Sozialarbeiter an erster Stelle, vor dem Pflegepersonal und den Ärzten, wobei der Kontakt zu letzteren beiden etwa gleich positiv beurteilt wurde.

Am ungünstigsten wurde die Beziehung zu den Mitpatienten bewertet. Die Konfrontation mit der Krankheit anderer wurde eher als belastend erlebt.

Eine besonders gute Beurteilung erhielten die Wochenendurlauf

Die räumliche Atmosphäre in der Klinik empfanden die meisten Patienten als gut bis sehr gut.

Es ergaben sich spezifische Unterschiede in den Antworten bei den verschiedenen Diagnosen und Altersstufen sowie bei den Geschlechtern:

Den schizophrenen Patienten fiel die Trennung von der häuslichen Umgebung am schwersten. Sie fanden die Besuche ihrer Angehörigen hilfreicher als die anderen Patienten.

Besonders beliebt waren bei den Schizophrenen Außenaktivitäten, wie Ausflüge, Kinobesuche etc.

Die Schizophrenen empfanden die Gespräche mit dem Arzt hilfreicher als die depressiven und die neurotischen Patienten.

Im Gegensatz zu den schizophrenen Patienten erlebten die Depressiven aktive Unternehmungen, wie Stationsausflüge und Sport weniger hilfreich. Die Krankengymnastik hingegen wurde von ihnen als besonders wohltuend empfunden.

Depressive sahen die ihnen verordneten Psychopharmaka und die Aufklärung über deren Wirkungen und Nebenwirkungen für hilfreicher an als schizophrene Patienten.

Bei den neurotischen Patienten fällt auf, daß sie die Trennung von ihrer häuslichen Umgebung relativ positiv erlebten. Auch waren für sie die Wochenendurlaube weniger angenehm als für Depressive und Schizophrene.

Bei der Untersuchung der altersmäßigen Beurteilungsunterschiede stellte sich heraus, daß die Patienten über 50 Jahre nahezu alle Fragen durchschnittlich positiver beantworteten als ihre jüngeren Mitpatienten.

Besonders die Chefvisiten, die geregelte Tagesordnung und die medikamentöse Therapie wurden von den älteren Patienten verhältnismäßig gut beurteilt.

Den Patienten im mittleren Alter fiel die Trennung vom

Zuhause schwerer als den sehr jungen und den alten Patienten. Auch bewerteten sie die Besuche ihrer Angehörigen besonders hoch. Der Kontakt mit den Mitpatienten hingegen schnitt bei ihnen relativ ungünstig ab.

Die GT einschließlich des Kochens und der Sport waren bei den jungen Patienten am beliebtesten.

Junge Patienten beurteilten Visiten, besonders Chefvisiten, und die geregelte Tagesordnung negativer als ihre älteren Mitpatienten.

Auch schätzten sie die medikamentöse Therapie weniger positiv ein.

Es stellte sich heraus, daß Patienten unter 30 Jahren Einzelgespräche mit dem Psychologen, Patienten zwischen 31 und 50 Jahren hingegen die Gespräche mit dem Arzt bevorzugten.

Zwischen den Geschlechtern ergaben sich wenig wesentliche Antwortunterschiede.

Während Frauen die Trennung von ihrer häuslichen Umgebung eher als Erholung erlebten, empfanden ihre männlichen Mitpatienten hingegen sie eher als Belastung.

Weibliche Patienten schätzten die ihnen verordneten Medikamente etwas hilfreicher ein. Dies ist allerdings auch unter dem Aspekt zu sehen, daß Frauen häufiger an Depressionen erkrankt waren und von daher häufiger mit Antidepressiva, weniger mit den grundsätzlich negativer empfundenen Neuroleptika behandelt wurden.

Patientinnen wurden seltener über ihre Medikamente aufgeklärt als Patienten.

Literaturübersicht

ALLEN, J.C., BARTON, G.M.:

Patient comments about hospitalization:
implications for change. *Comprehens.
Psychiat.* 17 (1975) 631 - 640.

ARBEITSGRUPPE "Beschäftigungstherapie an der Psychiat.Klinik II
der FUB:

"Beschäftigungstherapie in der Psychiatrie -
eine Bestandsaufnahme. Berlin 1973. o.V.

SENTZ, W.K., EDGERTON, J.W.:

Consensus on attitudes toward mental illness.
Arch. gen. Psychiat. 22 (1970) 458 - 473.

BIERMANN-RATJEN, E.M., ECKERT, J., KLEBER, R.:

Vorstellungen von Patienten und Ärzten über
die Angemessenheit von stationärer und ambu-
lanter psychiatrischer Behandlung.
Psychiat. Prax. 4. 243 - 250,
Thieme Stuttgart 1977.

BLEULER, E.:

Lehrbuch der Psychiatrie.
Springer, Berlin, Heidelberg 1975.

DE SARAZZO, S.C.:

Ein Versuch zur Erforschung der Einstellung
gegenüber psychisch Kranken.
Social Psychiatry. I (1971) 34 - 39.

COOPERSTOCK, P.:

Sex differences in psychotropic drug use.
Soc. Sci. Med. 12 (1978) 179 - 184.

CORDER, B.F., HAIZLIP, T. MCGEE, C.:

Psychiatrists' responses to sexual bias
in pharmaceutical advertising.
Amer. J. Psychiat. 131 (1974) 1273 - 1275.

DAHMER, H., DAHMER, J.:

Gesprächsführung.
Thieme Stuttgart, 1982.

DREBOWITZ, R., HELMKORF, H., KOCKOTT, G., MEIERHOF, W.:

Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer
Krankheiten. 9. Revision, Kapitel 5.
Springer, Berlin, Heidelberg, 1980.

DRUMMOND, H., KUNZE, H.:

zitiert in:
Psycho-Drogen: "Ins Nichts gerissen".
DER SPIEGEL. 12 (1980) 98 - 124.

- EISEL, G.L., JORDAN, J.L.:
Der klinische Zugang zum Patienten.
Hrsg. ADLER, P., Hans Huber Bern 1977.
- ERAST, K., LA ROCHE, CH.:
Die Psychiatrische Klinikbehandlung
im Urteil von 200 Kranken und ihren 15 Ärz.
Arch. Psychiat. Nervenk. 220 (1975) 107 -
- FIDELL, L.S., PRATHER, J.:
Sex differences in the content and style
of medical advertisements.
Soc. Sci. Med. 9 (1975) 23 - 26.
- GRÜNEBERG, F.:
Psychiatrische Klinik der Freien Universität
Berlin. Abt. für Klin. Psychiatrie.
Fünfjahresbericht 1971 - 1975.
Hrsgb. HELMCHEN, H. (Eigendruck)
- GRÜNEBERG, F.:
Psychiatrische Klinik der Freien Universität
Berlin. Abt. für Klinische Psychiatrie und
Poliklinik.
2. Fünfjahresbericht 1976 - 1980.
Hrsgb. HELMCHEN, H. (Eigendruck)
- HAASE, H.J.:
Was sagen die Patienten zur gegenwärtigen
Behandlung in der Pfalzlinik Landeck.,
Sezirksverband Pfalz, Pfalzlinik Landeck.
- HORNSTRA, P.A., LEWIS, R.V., LUBIN, E., WILLIS, E.S.:
Worlds apart: patients and professionals.
Arch. Gen. Psychiat. 27 (1972) 553 - 557.
- KEIPER, N.:
Grundregeln für die psychotherapeutische
Praxis.
In: Handbuch der Neurosenlehre und
Psychotherapie.
I, Hrsgb. FRANKL, V.E., FREIHERR v. GESSAT
V.E., SCHULZ, J.H.,
Urban und Schwarzenberg, München - Berlin
- KOTIN, J., SCHUR, M.:
Attitudes of discharged mental patients
toward their hospital experiences.
J. nerv. ment. Dis. 149 (1969) 408 - 414.

- LAUX, G.:
Über die Einstellung der Bevölkerung
zum Psychiater und zum Psychotherapeuten.
Nervenarzt 48 (1977) 331 - 334.
- LEFF, J.:
Die Kombination von Psychiatrischer
Pharmakotherapie und Soziotherapie.
Nervenarzt 50 (1979) 501 - 509.
- LEONARD, C.V.:
What helps most about hospitalization?
Comprehens.
Psychiat. 14 (1973) 365 - 369.
- OTT, E.:
Optimales Denken.
Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 1973.
- SCHULTE, W., TÜLLE, R.:
Psychiatrie.
Springer Berlin Heidelberg 1975.
- TIME:
"Psychiatry on the Couch."
April 2, 1979. Cover Story.
- WANIEK, W.:
Psychiatrische Patienten beurteilen die
Behandlungsmöglichkeiten in ihrer Klinik.
Psychiat. Prax. 4, 237 - 242.
Thieme Stuttgart 1977.

LEBENS LAUF

Ich bin am 23.1.1956 als einzige Tochter der Buchhalterin Ingrid Balz, geborene Heinrich, und des Werkmeisters Günter Balz in Berlin geboren.

Von 1962 bis 1968 besuchte ich die Alt- Schmargendorfgrundschule, danach das Marie- Curie- Gymnasium, wo ich im Dezember 1974 die allgemeine Hochschulreife erlangte.

Im Sommersemester 1975 begann ich das Humanmedizinstudium an der Freien Universität Berlin.

Im März 1977 bestand ich die Ärztliche Vorprüfung,

im März 1978 den ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung.

Zu Beginn des Jahres 1979 hatte ich meine Dissertation begonnen.

Im März 1980 absolvierte ich den zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung und im April 1981 die Ärztliche Prüfung.

Am zweiten Juni 1981 wurde mir die Approbation erteilt.

Vom 22.6.81 bis zum 31.3.82 war ich als Assistenzärztin in der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Moabit, in Berlin, tätig.

Vom 1.4.82 bis zum 31.3.83 arbeitete ich als Assistenzärztin in der Psychiatrischen Abteilung der Kliniken im Theodor-Wenzel Werk, in Berlin.

Seit dem 1.4.83 bin ich Assistenzärztin in der Nervenklinik Spandau.

Ich habe bisher noch keinen Promotionsversuch an einer anderen Universität unternommen.



(Monika Balz)

